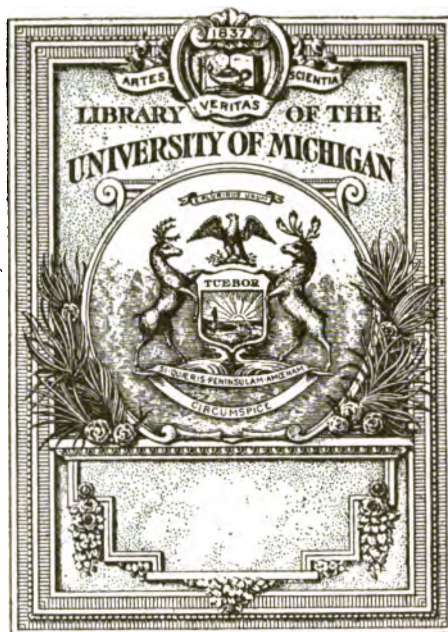



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI QUÆRIS PENINSULAM AMŒNAM
CIRCUMSPICE

ANNO 53.°

ANNALI UNIVERSALI

DI

MEDICINA

FONDATI DAL DOTTORE ANNIBALE OMODEI

CONTINUATI E DIRETTI DAL DOTTORE

ROMOLO GRIFFINI

CAV. DEL R. ORD. MAURIZIANO E DELLA LEG. D'ONORE; MEMBRO DEL CONSIGLIO DEGLI ORFANOTROFJ E LL. PP. ANNESSI; MEMBRO DELLA COMMISSIONE ESECUTIVA DELLA ASSOCIAZIONE MEDICA ITALIANA; MEDICO PRIMARIO PRESSO L'OSPEDALE MAGGIORE DI MILANO; DIRETTORE F. F. DELLA PIA CASA DEGLI ESPOSTI E DELLE PARTORIENTI A S. CATERINA ALLA RUOTA; SOCIO DI VARIE ACCADEMIE NAZIONALI ED ESTERE.

1867.

VOLUME CCI.

SERIE QUARTA. VOL. LXV.

Luglio, Agosto e Settembre 1867.

MILANO

PRESSO LA SOCIETÀ PER LA PUBBLICAZIONE DEGLI ANNALI UNIVERSALI DELLE SCIENZE E DELL' INDUSTRIA

Nella Galleria De-Cristoforis

1867.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CCI. — Fasc. 601. — Luglio 1867.

Saggi clinici di medicina operativa; *per* **BOTTINI** *dott.* **ENRICO**, *chirurgo capo operatore e professore d' ostetricia presso lo Spedale Maggiore della Carità in Novara.* (*Continuazione della pag.* 319 *del vol.* 200, *fasc. di maggio e giugno* 1867, *e Fine*).

La esportazione di un tumore ovarico colle proprie appendici è senza dubbio una delle più audaci e formidabili imprese terapeutiche. Uomini eccelsi per sapere ed intraprendimento non si peritarono nel chiamare la *ovariotomia* un folle e temerario esperimento. Morgagni, Sabatier, Dupuytren e Cooper si pronunziarono senza reticenze di simile avviso, *nè fa difetto oggigiorno l'autorità di nomi per biasimarla,* per lo che sia per la difficoltà del diagnostico, ovvero pei pericoli cui espone, fatto è che pochi ebbero l'ardire di assumersi la risponsabilità dell'atto. Solo i chirurghi inglesi poco curanti dell'ostracismo, cui sembrava rilegata la ovariotomia, colla pertinacia di propositi propria della loro razza, ripresero il tema abbandonato dai loro avi, lo coltivarono con mirabile ardore, fino a presentarlo fornito dell'*aureola* del successo. Nè tardarono le prove a convincere solennemente che a guisa delle altre ardite imprese, cui si onora l'arte nostra, la ovariotomia aveva pien diritto di sedere fra le legittime operazioni.

Ed invero Nélaton, Köeberlé, Verneuil, Courty in Francia, Krassówsky in Russia, Tracy nell'Australia, Montet in Svizzera, Mootooswmy Moodelly nelle Indie, riprodussero al naturale i fatti *incredibili*, narrati da Baker-Brown, Clay di Manchester, Tyler Smith, Keith, Spencer Well e Bryant. Ed i risultamenti favorevoli, lungi dallo sgomentare per la loro eccessiva parsimonia, furono per converso quelli che meglio convinsero col loro facile eloquio. Valga a comprovare una simile affermazione la seguente statistica tolta dall'opera di Churchill (« Diseases of Women »).

1.° Clay (di Manchester) fino all'agosto 1863 aveva eseguite 105 ovariotomie ottenendo 72 guarigioni perfette.

2.° Courty verso la medesima epoca annoverava 22 successi sovra 50 operate.

3.° Tyler Smith fino allo scorcio del 1864 sovra 21 ovariotomie riportava 16 guarigioni complete:

4.° Bird al 1860 sovra 12 estirpazioni complete di tumori ovarici, segnava 8 risultati favorevoli.

5.° Keith al 1863 sovra 9 operazioni di ovariotomia deplorava soltanto 3 casi di morte.

6.° Spencer Wells al 30 novembre 1864 aveva praticate 114 estrazioni complete di tumori ovarici, ottenendo 76 guarigioni e 38 esiti funesti.

7.° Köeberlé, che spinse l'audacia alla temerità, recidendo la intera porzione sovravaginale dell'utero, le due ovaja, non che un tumore fibroso endo-addominale del peso di 7 chilogrammi con esito felice, al 1864 avea praticate 12 ovariotomie, lamentando tre soli rovesci. L'ardito chirurgo di Strasburgo nella Memoria pubblicata a cotesto riguardo (« De l'ovariotomie ». Paris 1865) riferisce ad una ad una tutte le osservazioni, corredandole de' maggiori particolari, e per fermo scorrendo le medesime si rimane meravigliati della moderata reazione che tenne dietro ai casi felici, uso come è Köe-

berlé a sparare il ventre dalla appendice *ensiforme* al *pube*, in modo da aprire la cavità addominale come si dischiudono le persiane di una finestra.

8.° A quanto afferma Herrera Vegas, Nélaton a buona parte del 1864 aveva di già eseguito 8 operazioni di ovariotomia, con 4 risultati favorevoli.

9.° Bryant nel « Lancet », 19 gennajo 1867, rapporta 7 osservazioni particolareggiate di ovariotomie da esso lui eseguite, ottenendo 6 guarigioni compiute, ed 1 solo rovescio.

In faccia ad una statistica cotanto eloquente, non abbiamo altro dilemma a proporre: od accettare per vere le cifre sovra esposte, ed in tal caso la ovariotomia non richiede alcuna altra argomentazione per essere accetta, ovvero rifiutare la veridicità dei fatti sovra esposti, ed allora rovesciare d'un colpo la base sovra cui la medesima si eleva.

Convengo io pure che non tutte le operazioni funeste saranno state consegnate, epperò la statistica può essere *infedele* nelle proporzioni, d'onde uno squilibrio fra i risultati favorevoli e gli infausti; ma ciò non scema di un atomo l'effettivo dei successi ottenuti.

Vorremo noi discendere privi di prove contradditorie ad oppugnare la onestà e la fede di chi produsse simili osservazioni? È conforme al vero che uomini preclari per dottrina e fama si sieno vergognosamente da più punti del globo stretti a patto segreto per celebrare un assurdo? Con qual diritto potremo noi appoggiati a pochi esperimenti infruttuosi imporre l'insuccesso ad altri che già annoverano centinaja di casi volti a bene? Sarebbe boriosa arroganza ed un inconsulto vandalismo operato nel patrimonio della osservazione, che è quanto di meglio esatto ci rimane nella tradizione delle nostre discipline.

Non niego che ove si trattasse di un argomento te-

rapeutico che avesse operati miracoli, puta il caso contro il cholera, la epilessia, l'idrofobia, potremmo discutere se i tali o tal' altri casi erano davvero pretto cholera, epilessia, od idrofobia conclamata. La semiottica è così elastica, che solo nell'esagerare anche di poco la fenomenia morbosa, si può generare e travedere un diverso fatto patologico.

Nella fattispecie però l'abbaglio non può avere cotale scaturigine, perocchè trattasi in ogni caso di fatti concreti ed uniformi nell'essenza, vale a dire, tutte le donne operate di ovariotomia subirono il fendimento del ventre, e l'esportazione d'un tumore ovarico dal medesimo, locchè costituisce il momento causale della maggiore gravità, ed il solo che possa animare delle controversie. Sarebbe uno specioso argomento invocare come un privilegio il clima, la topografia, la costituzione fisica, ecc., quantochè vediamo la ovariotomia riescire colla stessa facilità tanto sulle sponde del Tamigi, che sulle rive della Senna e del Reno. Solo allorquando noi avremo raccolto un numero rilevante di osservazioni infruttuose, saremo autorizzati ad ammettere, che l'ovariotomia, mentre ha pien diritto di sedere nei fasti della medicina operatoria, in Italia soltanto non è eseguibile, opponendosi al buon andamento della medesima, cause a noi sconosciute nella loro essenza ma di certo insite in cotesta contrada.

Ecco, a mio avviso, dove ci devono condurre, oltrechè un savio apprezzamento, la logica ed il rispetto ai nostri confratelli d' oltre Alpe e d' oltremare.

Insistetti ad arte sulla attendibilità dei risultamenti pôrti dall'ovariotomia, onde invogliare i chirurghi italiani ad essere più proni nell'esperire una risorsa terapeutica, che mentre torna di molto lustro all' arte nostra, riesce di inapprezzabile vantaggio all'umanità, nel combattere un' affezione, contro cui poco prima eravamo pienamente disarmati.

La letteratura ginecologica di questi ultimi anni è feracissima di nozioni particolareggiate sovra cotesto argomento, il perchè disquisire sovra il medesimo sarebbe ritrarre con pallide tinte, quanto già è notato a tale riguardo; soltanto vorrei muovere un quesito, non ben sciolto dagli ovariotomisti, vale a dire, se noi dobbiamo operare tutti i tumori ovarici di qualsiasi mole dessi sieno?

Scorrendo le osservazioni di Köeberlé, Baker-Brown, Spencer Well, scorgesi che i medesimi hanno operate cisti ovariche contenti un solo o due litri di liquido. Baker-Brown dappoi ne operò una semplice con entro 700 grammi di siero, senza che dalla narrazione d'ogni singolo caso emerga quali gravi fenomeni morbosi, tali neo-produzioni abbiano suscitato.

Il volume della cisti e le molestie che dessa accagiona non sono, a mio avviso, epifenomeni di poco momento, ma per converso l'indice fedele sovra cui dobbiamo dirizzare la nostra condotta, poichè sono fortemente compreso che l'amore dell'arte non ci debba ottenebrare al punto da sparare il ventre ad ogni donna affetta da insignificante tumore ovarico. La bara cadaverica apprende ben di sovente come tali cisti si possano trovare, non dirò nelle ovaja, ma nei reni, nel fegato, nei polmoni, organi, la cui importanza fisiologica è di gran lunga maggiore, senza che coteste neoproduzioni abbiano dato in vita il menomo sentore di loro presenza. Laonde sarebbe più che riprovevole quel chirurgo, che si peritasse ad esporre tanto da vicino i giorni d'una donna, per liberarla da un neoplasma, dalla economia tollerato o con indifferenza, ovvero con pochi disagi. Il precetto formulato dai recenti progressi dell'anatomia patologica, che si abbia a demolire ogni neoproduzione anche d'indole la più innocente, quanto che costituisce una minaccia all'organismo, sì per le offese che può muovere agli organi

limitrofi, che per le perniciose metamorfosi cui può andar soggetta, non regge nelle fattispecie, dappoichè non trattasi di escidere un bitorzoletto cutaneo od un cistoma inserto sovra l'apparato tegumentale, ma di aprire l'addome arrecando con questa sola lesione uno dei più gravi attentati all'esistenza. Affinchè l'idrovario abbia a richiedere una misura cotanto grave, bisogna che risvegli tali fenomeni da rendere intollerabile od impossibile il proseguimento della vita.

Ordinariamente i tumori che promuovono tali nocimenti, sono quelli di maggior mole, sia per la compressione che esercitano sovra gli organi capiti nel cavo addominale, e talvolta anche in quelli contenuti nel toracico, non che per la eccessiva perdita di sostanze albuminoidi. Comprendo benissimo che invocata a questi estremi la ovariotomia, si otterranno forse risultamenti nelle proporzioni meno lusinghieri, non pertanto essa cesserà di essere una grandiosa risorsa, foriera di bene, nelle ineluttabili strette della morte. Vogliamo un momento osservare da vicino le cose, figuriamoci, a mò d'esempio, di aver presente una giovane donna, di costituzione sana e robusta, affetta da un voluminoso idrovario, che da molti mesi la confina in un letto di miserie, dopo averla stenuata al punto che le membra colla loro eccessiva esilità fanno col tronco uno de' più strani contrasti.

In costei la tolleranza dei visceri addominali, compressi oltre misura da cotesto parassita enorme, è giunta al culmine; ancora poche settimane e la corda di soverchio tesa si dovrà infrangere, la puntura, se solleva gli organi dalle distrette in cui sono coarcevati, estenua la economia per l'eccessiva perdita di sostanze proteiche, epperò evitando Scilla si cadde in Cariddi.

Quale è l'avvenire di questa povera tapina? Un esito irrevocabilmente letale l'attende tra pochi mesi d'una protratta agonia.

Vediamo ora quali pericoli e quali vantaggi a lei possano pervenire dalla ovariotomia. La donna può soccombere sotto l'operazione o poco dopo, in tal caso anticipò il proprio fine, e possiamo con molta verosimiglianza asseverare che senza l'operazione la donna avrebbe di certo vissuto ancora per due o tre mesi. Ma quale esistenza ha perduto? È forse il caso di chiedere se per essa la morte fu un bene od un male. Può anche avvenire l'opposto, vale a dire la donna può sopravvivere all'operazione, ed in tal caso dopo pochi giorni ritorna piena di salute e di vita nel grembo della società, senza il menomo postumo del sofferto malore. Un così fatto avvenimento, che invola una vittima alla bara, allorquando ogni speranza sembrava svanita, è tale un conforto che meglio d'osteggiare la ovariotomia, siamo costretti dall'indole dei fatti a tenerla in onore di una preziosa risorsa. Di contro a simile dualismo, cui da un lato avvi nulla o ben poco a perdere, dall'altro moltissimo a vincere, non si può essere peritosi nella scelta. Eseguita la ovariotomia per converso in casi di cisti piccole e poco moleste, vengono invertiti i pesi sulla bilancia, imperocchè si corre pericolo di perdere moltissimo per guadagnare assai poco. Per noi fino a tanto che la osservazione ci avrà appreso, che in Italia soltanto la ovariotomia non è praticabile, seguiteremo ognora nelle contingenze sovra esposte ad esercitarla, persuasi di rispondere con rettitudine al nostro ministerio. Nelle due operazioni da me praticate, ebbi a convincermi che il diagnostico differenziale dell'idrovario voluminoso, è argomento arduo e molto delicato, appoggiando un tale problema sulla semplice valutazione dei commemorativi e sulla semiotica, difettando l'affezione in discorso di caratteri patognomonici.

Per quanto sia raccolta e bene ponderata la sindrome fenomenologica, per quanto la verisimiglianza del concetto patologico sia delle più rassicuranti, nullameno punge un

dubbio, il difetto cioè della certezza assoluta del fatto morboso emerso dalla induzione nell'apprezzamento sintetico delle manifestazioni fisio-patologiche.

Un' operazione cotanto ardita, ove l' esistenza è così compromessa, esige di sua natura un conoscimento fedele delle contingenze che la consigliano, onde non incappare in un errore di giudicio.

La ovariotomia annovererebbe maggiori fautori allorquando si giungesse a trovare caratteri se non patognomonici dell'idrovario, almeno maggiormente espressivi di quelli fino ad ora conosciuti.

Giova sperare che la osservazione accurata del cistoma ovarico, lo studio diligente e perseverante della fisiopatologia del medesimo, apporteranno maggiori lumi sul diagnostico, e la terapia, sorretta da migliori convincimenti, potrà incedere verso il proprio fine con passo securo, senza trepidare per gli abissi che può incontrare per via.

Nel secondo tumore ovarico da me operato premendo la cisti ricoperta dalle pareti addominali, risvegliavasi un crepitio di cuojo nuovo, assai bene contraddistinto sovra ogni punto della massa morbosa. Non pertanto io reputo che simile fenomeno possa tenersi in pregio di significante valore, desso, a mio avviso, è interamente fortuito, e lo si deve ripetere nella fattispecie al rilevante spessore dell'involucro cistico, che raggiungeva quello d'un utero in istato di gestazione. E per vero ove sì fatto fenomeno fosse se non comune ad ogni idrovario, almeno una concomitanza ovvia ad osservarsi, non si giungerebbe a spiegare come non l' abbiano avvertito coloro, che in particolar modo fecero tema dei loro studj un simile argomento.

Ora che appalesai in modo succinto il mio modo di vedere sovra cotesto arduo problema di medicina operatoria, mi farò ad esporre la storia nosologica di ciasche-

dun caso, attenendomi scrupolosamente alla narrativa pura e semplice dei fatti occorsi.

Osservazione I. — *Cisti ovarica plurilocolare sinistra.— Estirpazione incompleta. Morte dopo 20 ore. — Autossia.*

La signora B., nativa di Torino, domiciliata in Novara, ha 33 anni, sana e robusta, e nasconde sotto forme piuttosto esili una vitalità piena di brio.

Ebbe la prima mestruazione a 12 anni, si maritò a 22, figliò 4 volte con gravidanze e parti regolari. Nel 1859 rimase per la quinta volta incinta, l'esordire della gestazione venne conturbato da sgomenti e patemi d'animo, accagionati dalle vicende della guerra, per trovarsi la medesima in località ove occorsero fatti d'armi, nullameno proseguendo la gravidanza, la signora B. notò con sorpresa il ventre assumere forma ed atteggiamento diverso da quello delle gravidanze trascorse, cioè le sembrava il globo uterino più pronunciato a destra, e prominente all'innanzi. Non per questo ebbe a patire alcun incomodo, e sullo scorcio del 9.° mese con parto precipitoso diede alla luce un quinto figlio vivo e ben conformato.

Nel lasciare per la prima volta il letto, dopo un puerperio normale, eseguendo un movimento rapido si lagnò d'una sensazione dolorosa, come di una vescica che si fosse rotta nel basso fondo della pelvi, ed il liquido contenuto a lei pareva che fluisse qual lava infuocata verso la regione lombale sinistra.

Decorsi alcuni giorni da simile accidente il ventre si fece tumido e progressivamente globoso, si accesero acutissimi dolori addominali, accompagnati da fitte lancinanti al collo uterino. La copropoesi divenne tarda e malagevole, e molto stentata la emissione volontaria della orina, comparve dalla vagina uno scolo muco-sieroso,

talvolta commisto a striscie sanguigne e poco a poco l'utero si abbassò formandosi un manifesto prolasso, attalchè l'ammalata stessa colle dita riesciva ad afferrarne la cervice all' orificio vulvo-vaginale.

Al volgere di pochi mesi il tumore endo-addominale raggiunse il volume di un utero al 6.° mese di gestazione; nel decubito laterale l' ammalata vedeva il tumore locomuoversi per raggiungere il punto più declive, fenomeno ch'ella molte volte ebbe a ripetere volgendosi rapidamente sul lato opposto; a quest' epoca comparvero in scena le emorroidi, non che l'edema alle estremità inferiori.

In sulle prime non fece molto caso alle proprie sofferenze, credendo d'essere novellamente gravida, e tale si fu la sua illusione, che una sera essendo attaccata da forti doglie ventrali, si fece assistere da una levatrice e da un chirurgo ostetrico, giudicando quei dolori i prodromi del soprapparto.

Amaramente delusa, ricorse ai benefici dell' arte, da cui però trasse sterili conforti; solo provò un fugace miglioramento nell' estate 1862, epoca in cui per copiosi sudori vide scemare alquanto il volume del tumore.

Ma l' immegliare dell' estate cessò colle prime brezze autunnali; soppressa per queste l'azione della cute, il tumore si accrebbe di bel nuovo e con celerità, quasi volesse ricuperare il tempo perduto.

In breve fece significanti progressi, per modo da superare il volume di un utero nell'ultimo mese di gravidanza; si ricorse allora alla paracentesi, evacuando 22 litri di un liquido brunastro a consistenza sciropposa. Il sollievo della paracentesi fu breve, dappoichè al volgere di 2 mesi vi si dovette ricorrere di bel nuovo, togliendo 24 litri di liquido meno denso. Riprodottasi la raccolta dopo alcune settimane, venne attaccata coi drastici, che fruttarono un deciso beneficio, attalchè credendosi la B. guarita, e sperando maggiore conforto dall'aria fina, passò

alcuni mesi sui monti di Varallo. Ma sì dolci illusioni furono invano accarezzate, poichè ripullulato il male, fu costretta a riparare in città, ove nel mese di novembre 1866 le venne praticata una terza paracentesi estraendo all'incirca 40 litri di liquido.

Tali sono i commemorativi raccolti per bocca della paziente stessa; li esposi ad arte in modo particolareggiato, affine di segnare a larghi tratti il cammino di una affezione che forma oggigiorno uno dei temi più interessanti della chirurgia (1).

Vidi per la prima volta l'ammalata al 2 dicembre in consultazione coi signori dottori cavalieri Selletti e Caire, medici curanti; al solo vederla si leggeva nella di lei fisonomia uno dei migliori tipi della *facies ovarica,* così bene delineata da Spencer Wells.

L'emaciazione non era troppo significante, ove si voglia por mente che la signora B. fu sempre di forme piuttosto esigue, occhio vivo e lucente, guancie rosee, condizioni fisiologiche negli apparati del circolo e del respiro, intelligenza aperta, parola franca e spedita con accento vibrato come in persona sana. La mestruazione che in tutta l'epoca della malattia fu quasi sempre regolare, era trascorsa dal suo periodo appena da otto giorni. Il tubo intestinale, ad eccezione dell'ultima porzione del retto, era in ottime condizioni, appetito buono, digestioni regolari, sete normale, nell'ultima porzione del retto eravi un leggier grado di coprostasi, in Lei abituale, che obbligava l'ammalata a ricorrere ogni due giorni all'uso di

---

(1) Le osservazioni di ovariotomia consegnate sui giornali inglesi peccano a vero dire di una brevità *troppo* succinta, sovra un argomento *troppo* vitale. Perchè i pratici possano giudicare ed apprezzare la condotta di un loro collega, conviene che l'osservazione non sia un riassunto dei fatti precipui, ma l'esposizione regolare dei medesimi.

clisteri, le orine a crasi normale erano un pò scarse ed emesse a maggiori riprese.

La parete anteriore della vagina emergeva dalla vulva, con prolasso uterino, e lieve obliquità della matrice da sinistra a destra, gli arti inferiori leggermente edematosi, conviene però osservare che l'ammalata si alzava quotidianamente, e non si coricava che ad ora molto inoltrata per alzarsi di buon mattino.

Il ventre presentavasi di un volume, diciamolo pure senza esagerazioni, *enorme*, locchè faceva uno strano contrasto colle esili appendici al medesimo inserte. Le vene epigastriche e circonflesse iliache superficiali si designavano a guisa di lividi cordoncini, qua e là segnati da flebectasie molteplici, sopra un fondo bianco lucente formato dalla cute distesa ad oltranza.

La fluttuazione era manifestissima sovra ogni punto dell'addome; colla percussione rilevasi: un suono timpanico alle regioni epigastrica ed ipocondriaca destra, in particolar modo verso il lato posteriore di quest'ultima; mutezza completa sovra qualsiasi altro punto.

Giudicata l'affezione per un idrovario, si ventilarono conseguentemente le risorse della cura *palliativa*, le speranze ed i pericoli della *radicale*, lasciando libera la ammalata di scegliere, dopo matura riflessione, a quale partito volesse appigliarsi.

Dopo 4 giorni venni di bel nuovo chiamato per sentire la signora B. ripetermi reiteratamente il vivissimo desiderio che ella aveva di essere operata. Temperato l'entusiasmo e frenate le illusioni, dipingendole un quadro a tinte molto oscure sui pericoli, cui essa si esponeva, nullameno fu irremovibile, aggiungendomi: *ch'ella preferiva mille volte la morte, anzichè proseguire in simili condizioni.*

Proposi allora, che per meglio chiarire ed avvalorare il diagnostico e le indicazioni terapeutiche, venisse inteso

altro giudizio di persona autorevole, cosa cui si annuì di buon grado, facendo appello all'ottimo mio maestro il chiarissimo professore cav. Paravicini. Ed infatti al 29 dicembre si tenne una seconda consultazione coll'intervento dei medici curanti e del prof. Paravicini. Questi dopo un diligente ed accurato esame, convenne sul diagnostico e sulle indicazioni terapeutiche da noi proposte, aggiungendo di sollecitare l'operazione appena trascorso il periodo mensile.

Comparsa la mestruazione al 10 gennajo, cessò in modo regolare al 15; preparato il locale ad una temperatura di più 16°, ed ogni altra cosa giusta le cautele consigliate dagli ovariotomisti inglesi, si attese la prima giornata di ciel sereno per eseguire l'operazione. Il 17 gennajo, dopo avere a più riprese ammonita la ammalata ed i congiunti a lei più prossimi (madre e marito) dei pericoli cui si esponeva, e nullameno avutane da ogni parte il più ampio consentimento che si potesse desiderare, si procedette all'eseguimento della ovariotomia colla cooperazione degli egregi colleghi signori dottori cav. Selletti, medico primario nello Spedale di San Giuliano, Crosa, Villani, Parona, chirurghi astanti presso lo Spedale maggiore della Carità; ne avrei chiesto un numero maggiore, ma a ciò ostavano il vivo desiderio dell'ammalata di esporsi il meno possibile, e l'angustia del locale.

Cloroformizzata per bene l'operanda, si esordì con una incisione tegumentale, a valle del bellico estesa per otto centimetri lungo la linea alba verso il pube, ed approfondando sempre più il taglio sulla guida della sonda scannellata a grado a grado si raggiunse il peritoneo, le cui superfici erano quasi a mutuo contatto per l'enorme distendimento della cisti.

Isolato per ogni verso il peritoneo parietale dal tumore, per quanto lo permetteva l'angustia dello spazio, si passò alla puntura; ma non appena trafitta la cisti

il liquido escì con impeto dalla cannula, e come questa non bastasse scorreva fra la cannula e l'orificio di penetrazione.

Evacuato il liquido, ed ampliata la incisione in alto ed in basso, si rinvenne una seconda cisti encistica della capacità di oltre sei litri, venne alla sua volta punta e prosciugata, accanto a questa se ne osservarono altre due grosse quanto un ovo di gallina, vennero incise ed il liquido assorbito con spugne molto fine. Finito il secondo periodo dell'operazione senza il menomo accidente, si passò al terzo, cioè quello dell' estrazione delle cisti: la metà destra del tumore e tutta la porzione inferiore era quasi libera, per modo che venne estratta con somma facilità, le cose andarono ben diversamente dal lato sinistro, plaga ove erano state praticate le paracentesi. Dapprima trovammo semplici aderenze di tessuto connessivo lamellare, indi queste si mutarono in vincoli di tessuto inodulare, finalmente verso la regione epicolica divennero apertamente vascolari, per cui dopo più di un' ora di pazienti pruove, allacciando man mano i più piccioli vasellini offesi, convenne desistere dall'estrazione completa delle cisti e limitarsi alla escisione della porzione tratta fuori, costituente ad un di presso i tre quinti del sacco.

Nessuna ansa intestinale venne a molestarci, la ferita estesa per ben 18 centimetri venne riunita con 6 punti di sutura metallica, l' operazione durò quasi tre ore, estenuando operatore ed assistenti. Il liquido raccolto venne misurato, e risultò di 65 litri, tre o quattro litri andarono perduti, l' analisi chimica lo dimostrò formato in massima parte da albumina, coll' indagine microscopica vedevansi alcune cellule di epitelio pavimentoso, commiste a granellazioni grassose, e detriti organici amorfi.

L' operata trasferita in un altro letto riprese ben tosto i sensi, volle essere ragguagliata d' ogni particolare

dell' operazione subita, prese una pillola d' oppio. Per un sentimento che molto li onora, i medici assistenti si offersero di vegliare per turno l' operata, onde essere pronti nel provvedere al menomo bisogno.

Verso le 2 del pomeriggio l' operata si svegliò come da un placido sonno, accusando un vivo bisogno d' orinare, cui si soddisfece col cateterismo; i polsi dapprima piccoli e sfuggevoli, si rianimarono; la temperatura della cute divenne normale.

Alle 4 pom. volle prendere un pò di brodo, che aggradì molto, poscia riprese sonno.

Alle 10 divenne inquieta, si lagnò di un forte dolore alla regione dei lombi, polso a 120, termogenesi elevata, suffusa nel volto; le venne prescritta una forte soluzione di codeina. Verso mezzanotte parve un pò più calma, forse effetto del narcotico, perchè dopo un' ora circa ritornò il dolore ai lombi, l' agitazione, affanno di respiro; alle 7 del mattino morì dopo essere in brevi ore passata dall' agme della reazione all' abbattimento dell' agonia.

Necroscopia 32 ore dopo la morte. Per un sentimento facile a concepirsi, la famiglia ci pregò vivamente di limitare le nostre osservazioni al solo ventre, preghiera cui annuimmo di buon grado, essendo quello il teatro più importante delle nostre investigazioni. Alla autossia assistettero tutti i medici che presenziarono l' operazione. Tolti i fili metallici, si dovette usare una discreta forza per disgiungere le labbra dell' incisione addominale, di già riunite in gran parte per coalito adesivo. Ampliata in alto ed in basso la divisione, si aprì l' intero cavo addominale, nel cui fondo raccoglievasi un litro circa di siero sanguigno, senza però trovare il più piccolo coagulo in grembo al medesimo. Le intestina leggermente distese da gaz stavano stipate nella regione epigastrica ed ipocondriaca destra, celando il fegato di molto atrofizzato. Tutto il peritoneo era fortemente congesto per iperemia

statica, il rimanente della cisti ricopriva l'ipocondrio sinistro e parte della regione epicolica omonima.

Le adesioni fra cisti e peritoneo erano così fitte che si lacerava il contesto delle cisti anzichè dividersi.

L'ovajo destro mostravasi in condizioni normali; sulla tuba falloppiana sinistra riscontravansi due piccole cisti del volume di un'avellana, ch'erano sfuggite durante l'operazione. Sulla superficie posteriore ed inferiore del corpo della matrice ebbesi a rilevare un tumore grosso quanto un piccolo arancio, che al taglio mostravasi palesemente fibroso, ed al microscopio apparve una iperplasia del contesto uterino.

I reni e la milza erano leggermente atrofici, sulla superficie corticale del rene destro osservavasi una piccola cisti sierosa; nulla di rimarchevole negli altri organi contenuti nel cavo ventrale.

Per tali reperti cadaverici puossi con molta verosimiglianza ritenere che la donna morì per esaurimento vitale, non avendo avute forze sufficienti per resistere all'esordire della peritonite.

Seconda storia d'ovariotomia.

Monociste ovarica proligera. — Estirpazione completa. — Morte in 4.ª giornata per peritonite violenta.

Bertaria Teresa, d'anni 28, contadina da Sozzago, (prov. di Novara) entra l'8 aprile nella 1.ª sezione chirurgica, affetta da *idrope-ovarico-sinistro*. È donna di sana e robusta costituzione, di statura piuttosto elevata, ha genitori tuttora vivi, ed è scevra da ogni precedente gentilizio. Fu mestruata in modo regolare a 14 anni, divenne amenorroica a 17 in seguito a forte sgomento, dopo cinque mesi ricomparve il flusso mensile, dapprima scarso, indi affatto normale. A 18 anni passò a marito,

da cui però non ebbe prole, quantunque sieno decorsi ben 10 anni; in questo lasso di tempo ebbe a soffrire alcune lievi indisposizioni al tubo gastro-enterico, oltre una risipola alla faccia, affezioni che scomparvero prontamente senza lasciarle verun ricordo.

Nel maggio 1866 essendo la Bertaria occupata nell'allevamento dei bachi, senza causa per lei apprezzabile, venne sorpresa da un acutissimo dolore alla regione iliaca sinistra, che si dissipò in capo a due giorni dietro l'applicazione di un vescicante. Trascorse alcune settimane di perfetto benessere, ricomparve il dolore addominale, più intenso di prima, diffondendosi alla regione iliaca destra. A sì misterioso accidente questa volta tenne dietro la comparsa di un corpo endo-addominale globoso, mobile, indolente alla pressione, oscillante verso il punto più declive.

Al volgere di quattro mesi il tumore raggiunse il volume d'un utero gestante al 6.° mese, senza però arrecarle serie molestie. Ricoverò in una delle sezioni mediche di cotesto stabilimento, ove venne curata colla applicazione di vescicanti al ventre, drastici e diuretici, senza fruttare alla malata alcun sollievo.

Propostale dal medico curante la paracentesi, essa vi si rifiutò, preferendo di ritornare in famiglia, cosa che mandò ad effettuazione; ma al volgere di poche settimane, accresciutosi notevolmente il tumore, e comparse in scena gravi incomodità nella uro e copro-poesi, riparò di bel nuovo nello spedale.

Accolta nella 1.ª sezione chirurgica, vidi per la prima volta la Bertaria, che trovai nel seguente stato: Emaciamento significante nella metà superiore del tronco, meno appariscente nell'inferiore, faccia scarna, tinta da un pallore giallastro, fisonomia prostrata, solcata da rughe precoci, occhio profondamente incavato, sguardo languido ed incerto. Sete moderata, appetito normale, dige-

stioni facili, integri gli organi del circolo e del respiro, coprostasi ostinata, attalchè ogni tre o quattro giorni per avere secesso d' alvo l' ammalata è costretta ricorrere a clisteri di cloruro sodicò.

La secrezione dell'orina è sensibilmente diminuita, 800 gr. nelle 24 ore; la crasi ne è leggermente alterata per difetto d' acqua e maggior copia di sali terrosi (fosfato sodico, ed ammonio-magnesiaco), nessuna traccia d' albumina, bisogno di mingere ad ogni due ore. Dolori addominali ricorrenti, maggiormente sensibili alle regioni lombali, senso molesto di peso e stiramento agli inguini, spossatezza e torpore alle estremità inferiori.

Il ventre è fortemente disteso, in modo da superare il volume di una gravidanza a termine, d' aspetto piriforme colla base in alto, l' apice in basso, la circonferenza del medesimo presa sovra l' equatore dell' ombelico misura 1 metro e 9 centimetri, la distanza dall' appendice xifoide al pube è di 52 centimetri. La cute offresi d' aspetto normale, facilmente locomobile, solo le vene appariscono un pò accentuate per l' effetto della pressione. Palpando il tumore, lo si sente manifestamente fluttuante; colla percussione riviensi mutezza completa sovra ogni punto dell'addome, ad eccezione delle regioni epigastrica ed ipocondriaca destra, ove havvi un palese suono timpanico. Col decubito laterale tanto destro che sinistro rimangono invariabili i resultati della percussione, solo si nota che il rumore timpanico si estende a tutta la superficie posteriore della regione ipocondriaca destra. Premendo sovra punti opposti del tumore, risvegliasi un mormorio di cuojo nuovo, molto palese in ogni direzione; tale fenomeno è tanto più significante quanto maggiore è la forza impiegata nel promuoverlo.

I pudendi esterni sono leggermente tumidi per edema, la parete anteriore della vagina è prolassata in modo da celare il meato orinario, avvi pure notevole abbassamento ed obliquità laterale destra della matrice.

Giudicata l'affezione un idrovario, vennero esposti all'ammalata i conforti ed i pericoli della cura tanto *radicale*, che *palliativa*; essa non frappose il menomo dubbio e scelse tosto la cura radicale, aggiungendo che soltanto a cotesto effetto erasi determinata di ricoverare nel nostro comparto.

Nullameno prima di prendere in seria considerazione un tale divisamento, lo abbiamo lasciato maturare per tre giorni, incitando la suora addetta all' infermeria a volerle significare meglio i pericoli cui essa si esponeva, e raccogliere il di lei *verdetto* spoglio da ogni pressione e da ogni riflesso di impegni precedenti.

Scelta e decisa la ovariotomia, venne apparecchiata l' *operanda, locale* e *mezzi*, giusta i precetti formulati dai chirurghi inglesi, avendo noi avuta somma cura di attenerci con scrupolo anche ai particolari i più speciosi.

Il mattino infatti del 17 aprile, coll' intervento dei signori dottori Binaghi medico-divisionale, Brezzi medico di reggimento nel corpo sanitario militare qui di stanza, Montalenti medico esercente nella città, Villani, Crosa, Bardeaux, Parona, Martelli, medici addetti allo stabilimento, dopo avere per bene cloroformizzata la paziente, si procedette all' eseguimento dell' operazione, che mi farò a tratteggiare in ogni suo particolare.

Postomi al lato destro, praticai lungo la linea alba una incisione, che iniziata a 2 centimetri a valle dell'ombelico, si estendeva per 10 all'incirca verso il pube; raggiunto a strati il peritoneo, ne sollevai una piega colla pinzetta, che recisi orizzontalmente col bistorì, sgorgarono tosto dalla incisione oltre due bicchieri di siero citrino molto tenue. Ampliata sulla guida della sonda scannellata, in alto ed in basso la divisione del peritoneo fino a raggiungere gli estremi della ferita tegumentale, giunsi coll'indice della mano destra a circuire liberamente la

superficie anteriore della cisti, che rassomigliava pel contesto fibroso delle pareti ad un globo uterino. Punto il sacco col trequarti di Spencer Wells, e ritirato il punteruolo, fluiva a stento un liquido mieliforme, quasi poltiglia minutamente granellosa. La più valida compressione esercitata sul tumore mediante due lenzuole incrocicchiate ed embriciate sul ventre, non valeva ad accrescere lo sgorgo, per cui dopo avere due o tre volte inutilmente attraversata la cannula con un catetere di gomma elastica, si ricorse a due injezioni di acqua tiepida, da cui si ebbe qualche vantaggio. Evacuata la cisti, locchè richiese oltre un' ora di tempo, venne estratta colla maggiore facilità senza incontrare il più lieve ostacolo, ad eccezione di una duplicatura del mesoretto adesa alla superficie posteriore e laterale sinistra del tumore. Raccolta la pagina peritoneale, venne allacciata con robusto filo e divisa dalla cisti. Fino a questo punto l' operazione era andata a meraviglia, non essendosi offeso il più piccolo vaso, nè avendo avute molestie per la emigrazione di alcun' ansa intestinale, ma le cose cangiarono d' un tratto d' aspetto allorchè si venne alla legatura dello stelo. La cisti era quasi sessile, e le pareti così voluminose che non era possibile formare un peduncolo artificiale; provammo ad applicare il clamp, ma lo stelo nemmeno per sogno poteva essere capito nel vano dello stromento; si ricorse alla legatura manuale, che non corrispose, quantochè l'elasticità dei tessuti elideva la stretta praticata, il perchè non trovando altra escita si dovette impiegare la catena dello schiacciatore lineare di Chassaignac, col qual mezzo in trenta minuti si divise interamente lo stelo, senza promuovere il più lieve gemizio di sangue. La porzione uterina del peduncolo venne abbandonata nel ventre, ove la si lasciò in osservazione per cinque minuti all' incirca, affine di vedere se il calore della cavità addominale valesse a risvegliare alcuna emorragia, cosa però che non avvenne.

Prosciugato il ventre, la ferita fu rammarginata con cinque punti di sutura metallica, indi si eseguì una moderata compressione sull'addome mediante bendaggio fatto con una fascia di lana lunga 10 metri. Riportata la donna sul proprio letto, le si sospesero sul ventre due posche di gomma elastica ripiene di una miscela frigorifera, fatta con ghiaccio e sal marino.

L'operazione terminò a mezzogiorno, avendo così durato per circa 3 ore.

Esame del tumore.

Il liquido evacuato pesa 18 chilogrammi, il peso specifico è 1320, desso è costituito in massima parte da albumina; esaminato al microscopio, osservansi molteplici squame epiteliche analoghe a quelle della vescica orinaria, molti nuclei liberi commisti a globuli crassosi ed a corpuscoli granellosi (granular corpuscles di Beale); nel liquido rimasto aderente alla superficie interna della cisti si trovarono numerosi cristalli di albuminato sodico. Prosciugata la cisti e messala sovra il piattello d'una bilancia, pesava 3055 grammi; le pareti presentano lo spessore di un centimetro e mezzo; aperta la cavità, osservasi verso la inserzione del peduncolo una cisti secondaria del volume di un grosso arancio, a pareti relativamente molto sottili, distese da un liquido analogo a quello contenuto nella cisti madre; sulla inserzione dello stelo ove questo si espande per costituire l'inviluppo cistico trovasi un ammasso di innumerevoli cisti secondarie di vario volume, a pareti trasparenti e molto delicate, ripiene di un umore interamente identico e quello trovato nelle maggiori. La superficie posteriore esterna del sacco è solcata da vene voluminose, convergenti sotto forma di un grosso fascio verso lo stelo. La integrità delle pareti era così perfetta, che chiusa con un piccolo compressore

l' apertura artificiale, ed enfiata la cisti col gazometro, non perdeva un filo d' aria. Essa venne essiccata previa imbibizione nell' acqua fenizzata, ed ora viene conservata nel museo di patologia chirurgica dello stabilimento.

Per calmare il dolore prodotto dalla operazione ed in pari tempo narcotizzare il tubo intestinale, le vennero prescritti sette centigrammi d' oppio, formando 6 pillole da somministrarsi una ogni due ore. Verso le 2 pom. venne presa da conati di vomito, che cessarono dopo mezza ora circa sotto l' uso del ghiaccio per bocca. Alle 8 di sera l' operata era in piena calma, aveva dormito per un paja d' ore, polso largo, ondoso, a 84, cute leggermente madida, temperatura normale.

18.° Nella notte ebbe due emissioni volontarie di urina, dormì per quasi sei ore di seguito, beneficio di cui era priva da alcuni mesi. Si sente un pò debole, le si concedono tre brodi con tuorlo d' uova, e due dita di vino generoso, si prosegue nell' applicazione del fomento ghiacciato sul ventre. A mezzogiorno viene molestata da impeti di tosse, che le suscitano dolori vivissimi all' addome — leggier reazione febbrile.

Nella sera si ammorzano alquanto i fenomeni insorti nel pomeriggio, l' ammalata è calma, polso a 90°.

19.° Passò la notte insonne a motivo della tosse che riprese verso le 10 pomeridiane. Si lagna di dolori addominali; polso a 120, febbre ardente, non può tollerare le posche sul ventre. Ghiaccio per bocca ed oppio a dose maggiore.

Nella sera insorge una molesta ortopnea, complicata da impeti di tosse convulsiva.

Nella notte calma con tendenza al sopore, disturbato solo da qualche raro accesso di tosse; ventre teso, meteoritico, vivamente doloroso alla pressione.

Alle 11 antimeridiane viene sorpresa da un intenso brivido di freddo.

Alle 2 pomeridiane prostrazione generale, delirio, polsi piccolissimi e frequenti a 120, ambascia, raffreddamento periferico; questi sintomi vanno aggravandosi fino alle 5 pomeridiane, ora in cui l'operata muore.

Autossia. — Dimagrazione notevole, ventre disteso, meteorico. Al dorso e sulle natiche osservansi larghe chiazze ardesiache per ipostasi cadaverica. Rigidità muscolare persistente, la ferita addominale è riunita interamente per coalito adesivo.

Capo. — Injezione minuta alle meningi, iperemia punteggiata della massa encefalica, in particolar modo della sostanza midollare. Deficienza di siero nei ventricoli.

Collo. — Nulla di rimarchevole, ove si voglia eccettuare un leggier grado di iperemia della mucosa laringotracheale.

Torace. — Aderenze di antica origine alla superficie posteriore delle due pleure, polmoni e cuore in condizioni normali — vôlta diaframmatica molto accentuata, in particolar modo dal lato destro, ove il culmine della medesima raggiunge quasi il livello del margine inferiore della quinta costa vera.

Ventre. — Aperto largamente l'addome, vedesi la incisione praticata per la ovariotomia perfettamente rammarginata con forti aderenze al grande omento, che non si giunge a vincere, lacerandosi nell'atto del distendimento prima il contesto omentale.

Le anse intestinali mostransi iperemiche e distese da gaz, alcune anse sono fra loro adese per essudato cruposo.

Il peritoneo mostrasi in ogni punto vivamente infiammato, la sua superficie è per ogni dove spalmata da trasudamento gelatinoso a tinta biancastra (osservato al microscopio trovasi pressochè interamente costituito da globuli marciosi).

Rimosse le intestina, vengono raccolte nel basso fondo

della pelvi circa 200 grammi di siero sanguinolento; osservasi la base dello stelo reciso già cosparsa da una tela regolare di bottoncini carnei, veggonsi ancora alcuni zaffi fibrinosi che otturano l'orificio dei vasi divisi dallo schiacciatore lineare, all'intorno del moncone non si trova il più piccolo coagulo sanguigno. L'utero è normale affatto e trovasi nella sua giacitura naturale; sull'ovajo sinistro si riscontra una piccola cisti del volume di una avellana ripiena di siero molto tenue.

Tutti gli altri organi del cavo addominale offrono nulla di abnorme, ad eccezione del rene destro, compresso dal fondo del tumore, che è ridotto alla metà del sinistro, per atrofia.

La prima di queste osservazioni nulla prova contro la ovariotomia, in quantochè essa venne eseguita nelle condizioni le più sfavorevoli al buon esito della operazione.

Nel deliberarne l'eseguimento fummo mossi oltrechè dalla compiacenza nell'accedere ad un vivissimo desiderio della malata di voler tentare cotesta ultima prova, da un omaggio ai consigli pôrti dalle migliori autorità chirurgiche sovra si fatto argomento.

Baker-Brown confessa d'essere stato trascinato a praticare ovariotomie in condizioni le più gravi, e non ostante afferma « di avere ottenute guarigioni in casi che sembravano non offrire alcuna speranza ». Spencer Wells formola un precetto che armonizza a pennello colla nostra condotta. « Se una donna, egli dice, la quale non abbia alcune settimane od alcuni mesi di vivere in mezzo a sofferenze atroci, reclami il soccorso del chirurgo, ove il caso non fosse assolutamente disperato, e non vi fosse che una probabilità di successo sovra dieci, nullameno non dovrebbe egli esitare a compromettere la sua riputazione col tentare una operazione che può offrire alla paziente questa sola probabilità di

» successo. (Peruzzi. « L' ovariatomia in Italia », pa-
» gina 276).

La morte nella fattispecie avvenne indubitamente per la offesa arrecata dall'indole dell' operazione subita, non avendo l'ammalata avuta la *resistenza vitale* necessaria onde reagire al traumatismo sofferto, come si osserva di frequente succedere in alcune gravi operazioni, quali la isterotomia addominale, la disarticolazione ed amputazione della coscia; almeno a cotale versione ci conducono i reperti cadaverici.

Nella seconda osservazione le condizioni generali e locali erano, giova ammetterlo, le migliori che si potessero desiderare, anzi nella donna a nostro avviso si trovava quella riunione di circostanze che noi vorremmo designare come tipo indicativo dell'ovariotomia; la unica difficoltà che si ebbe a rinvenire si fu il volume e l'accorciamento eccessivo dello stelo; non pertanto si ebbe a deplorare verun accidente, quantochè l'*écraseur*, meglio di quanto non fece col Peruzzi (1), valse a prevenire il più insignificante stillicidio sanguigno.

La morte avvenne per *peritonite diffusa*, accidente verso cui erasi rivolta la più energica profilassi, mantenendo costantemente sul ventre una temperatura molto abbassata, onde produrre il tetano termico nei vasi peritoneali, nullameno non si giunse a scongiurare la infiammazione, che volse in breve ad un esito letale.

Volendo speculare nella interpretazione eziologica di cotesta complicazione, quantunque si ribocchi di cause efficienti, pure non si può negare, che se lo schiacciatore di Chassaignac ebbe valore di potente emostatico, espose

(1) Nella ovariotomia eseguita da Peruzzi, avendo questi diviso il *peduncolo* coll'écraseur, ed a maggior salvaguardia messo un laccio sul cordone reciso, non ostante insorse la emorragia.

per proprio conto la cavità addominale oltre mezz' ora all' azione dell' aria atmosferica, ed il peritoneo al contatto di corpi stranieri, circostanze che non si possono escludere come straniere alla violenta reazione che ne ebbe a conseguitare. Il perchè in casi analoghi sarà cosa consigliera ricorrere al *compressore cauterizzante* di Chambers (Chambers' s cautery clamp) recentemente usato da Curling e Knaggs col più significante vantaggio. (« The Lancet. » June 1, 1867, pag. 663) (1).

E per fermo cotesto stromento offre la pregevole risorsa di riunire in sè la rapidità di azione del bistori, alla virtù emostatica dello schiacciatore lineare nella dieresi chirurgica, locchè riesce di vantaggio non indifferente, in una operazione, ove l'ideale della terapeutica si è di scemarne il più possibile il traumatismo.

Per quanto la chirurgia italiana non abbia finora sovra questo terreno raccolto che i fiori dello sconforto, nullameno, informandosi a più elevati concetti, dessa è tenuta a coltivare con maggior ardore l'argomento, onde ammassare un numero tale di prove da poterne dedurre calme e savie illazioni, dappoichè, amo ripeterlo, contro i risultati favorevoli che ogni giorno sempre più ingrossano nelle mani dei nostri confratelli stranieri, non si potrebbe opporre una *seria diga* nelle peregrine esperienze da noi istituite.

Svuotamento dello sterno per estrazione di palla da moschetto. — Rigenerazione ossea.

Rapporto la seguente osservazione nell' intendimento di aggiungere una novella pruova al tema della riproduzione ossea, argomento vitale, che or sono pochi mesi

---

(1) Noi ora possediamo tali stromenti costrutti sovra modello dell'Autore, dai valenti Lollini di Bologna.

valse ad animare una vivace controversia in seno alla Società imperiale di chirurgia in Parigi, ove la disputa rimase indisciolta per deficienza di un corredo significante di fatti; non che per avvalorare una volta più la grande tolleranza dell'organismo a qualsiasi traumatismo operatorio, inteso a liberarla da un ospite al medesimo insofferente.

Lo studio diligente dei fatti ci persuade ad avanzare cotesto aforisma di terapia chirurgica, cioè che in casi « di » intolleranza organica si può ricorrere alle più ardite » risorse, senza accendere quelle formidabili reazioni, » che ordinariamente tengono dietro a gravi lesioni.

È un prezioso riflesso valevole ad animare i chirurghi verso imprese, che per fermo non si potrebbero impunemente effettuare senza il concorso di una simile concomitanza, ove l'arte con maggiore sollecitudine e migliore efficacia raggiunge lo stesso fine, cui erano intese le forze della natura.

Borlotto Michele, d'anni 30, da Recetto (provincia di Novara), soldato in congedo temporario, viene accolto il giorno 11 febbrajo 1867 nella 1.ª Sezione chirurgia per piaga fistolosa alla regione dello sterno.

Nel fatto d'arme di Custoza (1866), venne colpito da palla nemica alla regione superiore dello sterno; al momento ebbe grave ortopnea, che poco dopo scomparve senza ulteriore disturbo all'organo del respiro.

Trasportato prigioniero in Verona, da'sanitarj attendenti a quello spedal militare si tentò più volte l'estrazione del projettile, ma infruttuosamente; eguale resultato si ebbero congeneri esperimenti fatti dai chirurghi militari dello spedale di Innsbruck, ove venne inviato dopo un mese di soggiorno in Verona.

Ricoverato dopo l'armistizio in uno degli spedali militari di Milano colla piaga alla regione sternale tuttora

aperta, vennero ripetute le ricerche sul corpo straniero, senza alcun vantaggio, per cui l'ammalato fu dimesso come cronico.

Rimpatriato, le cose non cangiarono punto, la piaga continuava a fornire copiose marcie, e al dire del paziente, in quattro mesi immagrì in modo sorprendente; in tale frattempo venne contaminato da ulceri sifilitiche che lo spinsero a chiedere asilo in cotesto stabilimento, ritenendo la piaga allo sterno dopo tanti sterili esperimenti, superiore ad ogni risorsa dell'arte.

Allorquando venne a noi, trovavasi nelle seguenti condizioni: malgrado il Borlotto accusi un notevole grado di emaciazione, non pertanto mostrasi ancora di forme atletiche, e con tutti i caratteri d'una robustezza poco comune; in corrispondenza al margine inferiore del manubrio sternale, scorgesi una piaga di forma circolare, del diametro d'una moneta da 5 franchi, dal cui fondo pullulano lussureggianti ipersarcosi; alla periferia della soluzione di continuità veggonsi molte cicatrici lineari vôlte in vario senso, vestigia delle indagini fatte nel ricercamento del corpo straniero. Frugando collo specillo nel fondo della piaga, si penetra in un tramite leggiermente sinuoso, della lunghezza di circa tre centimetri, con direzione dall'alto al basso, da destra a sinistra.

Lungo tutto il tragitto fistoloso si avvertono segni manifesti di carie, il fondo appare dappoi formato da un corpo duro, compatto, a resistenza maggiore del contesto osseo.

L'indole della lesione e la storia del caso mi convinsero meglio della sintomatologia obbiettiva della presenza del projettile, impegnato ancora nelle ossa dello sterno, per cui a mio avviso la indicazione non poteva essere dubbia, *doversene senza alcuna dilazione tentare il rimovimento*, e ciò nel riflesso di inaridire d'un colpo la scaturigine d'una profusa suppurazione, che mal-

grado la eccezionale robustezza dell'individuo, aveva nullameno di già fatta sentire la sua perniciosa influenza sulla ecónomia, non che distorre il pericolo, che il projettile profondamente ubicato, favorito dalle leggi di gravità, e da un più breve itinerario, avesse ad aprirsi un varco nel cavo toracico, e quivi accendere disastri irreparabili.

Il mattino del 12 febbrajo, trasportato il paziente nel teatro chirurgo e sottoposto al cloroformio, si esordì l'operazione con una incisione a croce estesa a tutto il perimetro della piaga; disseccati i quattro lembi così scolpiti, si mise a nudo lo scheletro della regione. L'apertura scolpita nella teca ossea era per modo angusta da lasciare a stento transitare una sonda del diametro di una penna di corvo. Collo svuotatore angolare impresi a scavare una breccia nello spessore dell'osso, dirigendomi lungo l'andamento del tramite fistoloso. A 3 centimetri circa di profondità rinvenni il proiettile, di cui ebbi avviso poco prima da frammenti metallici esportati collo svuotatore.

In questo punto dell'operazione sorsero delle serie difficoltà pel rimovimento del corpo straniero; non era prudenziale attaccare direttamente il proiettile con *tira palle* o tira fondo, in quanto che si correva un grave pericolo di spingerlo per converso nel cavo toracico; non lo si poteva afferrare con mollette o qualsiasi altro arnese congenere, poichè avendo il canale pareti ossee non si potevano aprire le branche dello stromento; nè meno si poteva pensare ad un maggiore ampliamento della breccia, per essere già quasi a ridosso delle articolazioni sterno claveari per una parte e per l'altra alla inserzione sternale delle coste. A dir vero era un duro supplizio veder la palla, toccarla colle dita, aggirarla come sospesa ad un perno, senza riescire a fare una sufficiente presa sovra la medesima. Esigendo ed il bene del paziente ed il decoro dell'arte che l'operazione fosse proseguita fino al

suo compimento, deliberai di scolpire collo svuotatore nel corpo dello sterno e lungo la linea mediana del medesimo una specie di doccia diretta al di sotto del proiettile; per tal modo giunsi a sollevarlo dall'interno all'esterno, ed allora presolo con una pinzetta semplice, lo estrassi con tutta facilità. Ma appena levato il corpo straniero, si vide tosto dalla ferita escire con impeto un flusso di sangue animato da ritmica pulsazione isocrona ai battiti cardiaci; tale emorragia si arrestò spontaneamente e quasi all'istante, però il fondo della ferita continuò a pulsare con impeto.

Si medicò la ferita a piatto, dopo avere ricolma la breccia con filaccie imbevute nella soluzione emostatica del Piazzi.

Il proiettile era una palla da carabina del peso di 24 grammi, schiacciata per modo da presentarsi con forma circolare, a margini circolari e frastagliati, del diametro di una moneta da un soldo. Non erano trascorse quattro ore che l'ammalato viene sorpeso da grave lipotimia, susseguita da languore, ed affievolimento notevole del polso; verso sera però le forze a poco a poco si rianimano, ritorna la fisonomia ed il colorito naturale — internamente vengono prescritte alcune pillole d'oppio, 5 centigrammi.

13. Nella sera si accese una moderata reazione febbrile, che scomparve nelle prime ore del mattino. L'operato è calmo ed apiretico affatto.

Si procede alla prima medicazione. Tolte le filaccie e detersa con aqua fenizzata la piaga, scorgesi il fondo della medesima pulsare con impeto vibrato, per modo che messa di contro la punta di uno specillo, viene con violenza respinta. Le considerazioni di anatomia topografica sovra cotesto fenomeno, ci conducono all'idea che debba ripetersi dalla pulsazione dello stelo anteriore dell'arcata aortica. Da ciò si deve ritenere che la superficie centrale del proiettile fungeva le veci di parete toracica, con molta

probabilità per logoranza successiva della lamina interna, locchè apprende con molta verosimiglianza come il lavorio di eliminazione lo avrebbe fatto cadere in breve tempo nella cavità del petto, in cui lo si sarebbe spinto alla più leggiera pressione che sovra il medesimo si fosse esercitata.

16. Il fondo della piaga è di molto rialzato, il canale si restringe, l'impulso del fondo è meno accentuato; fino ad ora l'operato non ebbe a lagnarsi del più lieve disturbo negli organi del respiro.

Appetito vivo. — Dieta terza.

Medicazione con vino aromatico.

28. La piaga è pressochè superficiale, cessarono le pulsazioni, il generale è immegliato in modo sorprendente.

Nessuna variazione nella cura.

6 Aprile. Cicatrice completa; la fossa scavata nello spessore dello sterno, è ora ricolma da un tessuto stipato; il generale assunse il miglior aspetto d'una vegetazione rigogliosa, si congeda l'operato dall'infermeria.

14 Maggio. Ebbi una visita dal Borlotto intesa ad ottenere un attestato della patita lesione onde valersene presso il Governo per una ricompensa; approfittai dell'occasione favorevole per esaminare la parte.

La cicatrice presentasi soda e compatta; premendo e percuotendo colle dita sulla medesima, si avverte un tessuto duro e resistente analogo al contesto osseo degli altri punti dello sterno.

Due casi d'infezione purulenta guariti coi solfiti; *Lettera del dottor* **GIOVANNI FERRINI** *al chiarissimo dottore commendatore* ***Giacomo Castelnuovo****, medico di S. M. il Re d'Italia, in Firenze.*

Sebbene anch'io ammetta che le idee nuove percorrono lentamente il loro cammino, pure io aveva pensato non essere più necessario di scrivere sui vantaggi della *medicina solfitica*, avendo questa già guadagnati sufficienti proseliti, e le esperienze essendo state ripetute su tal numero di malati, che i suoi favorevoli successi dovrebbero avere trionfato pienamente dei contrarj giudizi. Nondimeno, essendomi occorsi due fatti d'*infezione purulenta*, estremamente eloquenti in favore di questi farmaci, ho creduto utile di non lasciarli andare perduti pel bene dell'umanità e della scienza. E tanto più volentieri li narro, dedicandoli a te, sì per darti novella prova della mia stima, sì per eccitarti nell'istesso tempo a rendere di pubblica ragione quei brillanti risultati che tu pure ottenesti con questi medicamenti in alcuni gravissimi morbi, e de' quali mi tenesti discorso l'anno passato, e sì finalmente affinchè anche gli altri nostri colleghi sappiano raccogliere la loro attenzione intorno ad un ordine vasto di fatti, intenderne la complessiva significanza, e fare trionfare la splendida scoperta del Polli, della quale, a buon diritto, la sapiente *Commissione esaminatrice* pel primo grande premio Riberi (1864), di cui era relatore l'illustre clinico Timermans, disse: « sarà una gloria della scienza italica, e tanto più ammirabile per la *conquista terapeutica* che al Polli è interamente dovuta (1) ». Ed eccomi, senza più, ai casi clinici.

---

(1) Sul premio Riberi: « Relazione della Commissione esami-

Osservazione 1.ª — Giuseppe Pac, di Malta, d'anni 40, carrozziere, di costituzione linfatico-nervosa, un mattino del mese d'agosto 1866, volendo entrare nella casa di un suo conoscente, fu assalito da un grosso cane arabo, che lo morse in un ginocchio.

Quantunque ne riportasse forte dolore, pure zoppicando camminò tutta quella giornata, e verso sera prese un bagno di mare. Attese alle sue occupazioni per altri cinque o sei giorni, ma le sue sofferenze crescendo, il giorno 10 agosto mi fa chiamare premurosamente per intraprendere la cura. Lo trovo febbricitante, con sete molesta, con dolore vivo, gonfiezza edematosa a tutto l'arto inferiore destro, sul quale serpeggia un rossore non uniforme, ed in alcuni punti violaceo, massime verso la parte inferiore esterna della gamba, ed i gangli linfatici sono pure gonfi e dolorosi. Si trattava d'un flemmone diffuso. Prescrivo 50 mignatte lungo l'arto e bevande diluenti.

11 Agosto. Il dolore è eccessivo, tanto all'inguine e a tutta la coscia, quanto alla gamba; continua la febbre con agitazione e delirio. Gli prescrivo cataplasmi ammollienti con embrocazioni di laudano, e bevande rinfrescative.

12 detto. Nella notte ebbe brividi di freddo ripetuti e prolungati, ai quali succedè forte reazione con delirio continuo, smania, respiro affannoso, sintomi che diminuirono verso il mattino con abbondanti e fetidi sudori. Ha la lingua rossa ai lati, ricoperta d'un intonaco fuliginoso, alito disgustevole, e sete insaziabile. Scorgonsi qua e là lungo l'arto vescichette ripiene d'un liquido siero-sanguinolento. Prescrivo mezz'oncia di *solfito di magnesia* addolcito con zucchero, diviso in quattro pacchetti da prendersi nella giornata, e pratico lungo l'arto varie incisioni, alquanto estese, ed interessanti la grossezza del derma, onde togliere l'ostacolo meccanico alla libera circolazione collaterale, cagione diretta della gangrena, e si continuano i cataplasmi ammollienti.

Alla sera sopravvengono nuovi e ripetuti brividi con vomito

---

natrice, approvata dalla Reale Accademia medico-chirurgica di Torino », pag. 36.

bilioso; ha il respiro alquanto affannoso, e le orine sono cariche e fetenti, il polso piccolo e celere. L'infezione purulenta essendo chiara, propongo un consulto, che non viene accettato; si continua l'istessa cura.

13 detto. La notte fu gravissima; il paziente, sempre delirante, ebbe frequenti brividi di freddo con vomiturizione, sete ardente, affanno di respiro, e diarrea fetente. Trovo l'ammalato assai abbattuto, con polso piccolo a 110, e pelle urente. Esamino l'arto, e parmi riscontrare alla parte esterna e media della gamba un'oscura fluttuazione. Pratico una profonda ed ampia incisione, dalla quale sgorga pus mal elaborato, che somiglia piuttosto ad una sanie rossastra. Faccio continuare l'applicazione dei cataplasmi ammollienti, e prescrivo cinque dramme di *solfito magnesiaco* zuccherato, con 10 grani di polvere di Dower, per combattere la diarrea; divido il tutto in 5 pacchetti, da prendersi uno ogni due ore.

Alla sera la diarrea è alquanto diminuita; vi ha sudore, non delirio; il polso è a 85; qualche brivido nella giornata, ma passaggiero. Dalla praticata incisione esce pus un pò meglio elaborato, con pezzi di tessuto cellulare cancrenato.

14 detto. Verso il mattino ebbe forti orripilazioni, e tre evacuazioni alvine nella notte, ma meno fetenti. Alle ore 8 ant. lo trovo in uno stato comatoso, senza affanno nè tosse; colla percussione toracica riscontro, ottusità alla parte posteriore inferiore d'ambo i lati, ma più a sinistra; coll'esplorazione acustica rilevo, deficienza di soffio respiratorio in ambo i polmoni, e più nel sinistro, con sibili diffusi nell'albero bronchiale. Polso piccolo, e a 112. Osservo alla parte media della gamba, in vicinanza della praticata incisione, un'escara gangrenosa di forma irregolare, alquanto estesa; al terzo superiore esterno della coscia riscontro un'oscura fluttuazione, per cui pratico un'incisione profonda, della lunghezza di cinque centimetri, dalla quale sgorga pus icoroso, misto a pezzi di tessuto cellulare cancrenato. Dell'istesso tessuto ne esce anche dalla prima incisione, ma con vero pus sciolto. Faccio continuare i cataplasmi di linseme, e medicare l'escara cangrenosa con filaccie intrise in una soluzione di *solfito di soda*, cioè un'oncia in otto d'acqua.

Prescrivo 6 dramme di *solfito magnesiaco* zuccherato, colla solita dose di polvere Dower, diviso in 6 pacchetti da prendersi uno ogni due ore. Parto dal malato facendo quasi un sinistro pronostico. Ma, verso sera si sciolse lo stato comatoso, con un abbondante sudore vischioso, alquanto oscuro e d' odore nauseante, che continuò più ore. Ebbe nella giornata una sola evacuazione alvina. Lo riconosco assai sollevato e col polso a 82. Sgorga da entrambe le praticate incisioni vero pus sciolto e sieroso con brani di tessuto cellulare gangrenato.

15 detto. Dopo varie notti agitatissime ed insonni, il malato ebbe qualche ora di vero sonno riparatore, però allo svegliarsi appare ancora leggiero vaniloquio. Ebbe una sola evacuazione alvina, non fetente, verso il mattino, dopo di che trovò calma. Ha lingua rossa ed umida, febbre con' mediocre sudore, e quasi inodoro; non lagnasi di dolore lungo l' arto, e soltanto dice di sentirselo assai pesante. Dalle incisioni continua ad escire un pus sieroso, sempre misto a brani di tessuto cellulare mortificato. L' escara gangrenosa comincia ad eliminarsi. *Solfito magnesiaco* zuccherato a 7 dramme, diviso in 7 prese, colla solita dose di polvere Dower, da prendersi nella giornata; si continua la medicazione esterna colla soluzione di *solfito sodico*, e cataplasmi di linseme; si concedono frequenti brodi per nutrimento. Verso sera ebbe un leggiero brivido con lieve aumento di sete. — Eguale medicazione.

16 detto. Il malato riposò tranquillo la maggior parte della notte, la febbre è leggiera, l' orina abbondante, sedimentosa, senza alcun odore; il pus che sgorga dalle aperture è meno sieroso e sempre associato a brani di tessuto cellulare mortificato. L'escara cangrenosa è tutta eliminata. — *Solfito magnesiaco*, un' oncia, divisa in otto prese, da prendersi nella giornata, senza le polveri di Dower, perchè non ha evacuato l' alvo da 34 ore. Solita cura esterna, ed una minestrina di pane grattugiato per nutrimento.

17 detto. Dormì la notte, ed ebbe due evacuazioni figurate verso il mattino. Lo trovo assai rianimato, sebbene si mantenga ancora un leggiero movimento febbrile. Dalla praticata incisione alla coscia sgorga soltanto poco pus, e da quella della gamba alquanto di più, con piccoli brani di tessuto cellulare

mortificato; nell'impiagamento risultato dall' escara cancrenosa comincia il processo di cicatrizzazione. Eguale cura, e si ripete la minestrina.

Dal 18 al 22 detto. Miglioramento progressivo, cosicchè il 22 il paziente era completamente apiretico. Si riduce il *solfito magnesiaco* alla dose di 6 dramme al giorno; si continua la medesima cura esterna, e si concedono tre minestrine nella giornata.

Dal 23 al 25 detto. L'apertura alla coscia è cicatrizzata; da quella della gamba persiste lieve stillicidio di marcia, e l'impiagamento prodotto dalla eliminata escara gangrenosa, prosegue verso la cicatrizzazione. Vi è una forte emaciazione, ma il malato comincia a gustare qualche alimento. — Si riduce la dose di *solfito magnesiaco* a tre dramme, ed esternamente sono sospesi i cataplasmi, continuando soltanto la soluzione del *solfito sodico.*

3 Settembre. L'ammalato è in piena convalescenza: anche l'apertura alla gamba è cicatrizzata completamente, ciònonostante continuasi il *solfito magnesiaco* a due dramme il giorno, perchè ancora persiste l'impiagamento lasciato dall' escara gangrenosa, chè medicasi tre volte al giorno colle filaccie inzuppate nella soluzione di *solfito di soda.*

16 detto. Pac comincia a fare alcuni passi nella camera, e le forze muscolari vanno gradatamente riprendendo vigore. Sospendesi il *solfito magnesiaco* perchè, a suo dire, lo fa molto orinare, massime nella notte, e si continua all'esterno la soluzione di *solfito di soda* fino alla perfetta cicatrizzazione dell' impiagamento, che avvenne soltanto al 13 ottobre, epoca nella quale lo congedo guarito.

Due mesi dopo il Pac fu da me, e lo trovai in ottimo stato di salute.

La quantità dei *solfiti* impiegati durante questa cura fu di *diciassette oncie e mezzo di solfito magnesiaco* internamente, e di circa *dodici oncie di solfito sodico* per uso esterno.

Osservazione 2.ª — Un mussulmano, di media età, di temperamento linfatico-bilioso, lavorante nella fabbrica del pane che viene fornito alle truppe, la mattina del 26 settembre 1866

venne per negligenza trascinato fra i denti e l'incastratura di due grandi ruote di ferro, messe in azione dalla macchina a vapore, riportandone le seguenti lesioni: Alla parte superiore esterna del braccio un taglio trasversale della lunghezza di nove centimetri, dividendo la pelle ed interessando profondamente il muscolo deltoide nella parte media. Un lungo, largo e spesso lembo cutaneo della parte posteriore del ginocchio ed inferiore della coscia sinistra per l'estensione d'un palmo in lunghezza, e sei centimetri, circa, di larghezza è esportato. Tutta la regione toracica è coperta d'escoriazioni, ma la lesione di maggior importanza era all'arto inferiore destro, cioè fracassamento della rotula, dei capi articolari della tibia, del perone e del terzo inferiore del femore, con lacerazioni delle parti molli, per cui porzione dei muscoli sartorio, retto-anteriore esterno ed interno della coscia e del semi-tendinoso stanno giù penzoloni. Questi erano i guasti ch'io riscontrai in quel disgraziato alla presenza del medico fiscale signor dottor Clement, che per il primo lo vide.

L'indicazione dell'amputazione essendo troppo chiara, ordinai che subito fosse trasportato all'ospedale mussulmano, vicino, e che fosse preparato il tutto per l'operazione. Poco tempo dopo, recatomi all'ospedale, medicai le prime lesioni sovraccennate, ed assistito dagli egregi colleghi Cotton, Bensason e Clement, feci l'amputazione dello coscia alla parte media; operazione che il paziente sopportò coraggiosamente, senza emettere un grido. Coricatolo quindi sopra un pancaccio, con un semplice cuscino senza materasso, perchè gli amministratori di questo ospedale, calpestando tutti i principj di umanità, se ne mangiano le rendite, lasciando mancare di tutto il bisognevole i pochi infermi che vi ricoverano, questo povero paziente versava in pessime condizioni igieniche; egli era senza camicia, e con un lacero *bernus* di lana, intriso di sangue, che gli dovette servire di coperta per più giorni. Per conseguenza, tutto preso in considerazione, il pronostico che dai colleghi fu pronunziato, e che veramente trovai ragionevole, fu che quest' uomo perirebbe per tetano o per infezione purulenta. Frattanto ad ovviare, alla meglio, il primo pericolo, ordinammo che si mettessero i vetri nelle finestre, che n'erano prive, e pre-

scrivemmo una pozione laudanizzata per rialzare alquanto i polsi assai abbattuti. Per prevenire il secondo pericolo, prescrissi tre dramme di *solfito magnesiaco* zuccherato, diviso in tre parti, da prendersi nella giornata susseguente; bevande diluenti e brodo per le prime 24 ore, durante le quali si mantenne apiretico.

27 detto. Continua ad essere apiretico, ed ha incominciata la cura solfitica.

28 detto. Verso mezzogiorno comincia una leggiera reazione febbrile, che continua anche alla sera; altre tre dramme di *solfito magnesiaco*, diviso in tre parti, che fu preso nella giornata.

29 detto. È apiretico e dice d'aver fame; continuasi l'istessa dose di *solfito*, e gli si permette una piccola zuppa di pane. Alla sera insorge altro piccolo movimento febbrile.

30 detto. È apiretico. Mi accingo ad aprire l'apparecchio di medicatura del moncone, e lo trovo coperto di vermi, tanto era vecchio e sudicio il cuscinetto su cui riposava; fortunatamente questi non erano penetrati nella ferita. Levato l'apparecchio, con sorpresa mia e dei colleghi Cotton, Bensason e Clement, troviamo adesione per prima intenzione d'una gran parte del manichetto, con poca suppurazione e di buona qualità, che viene medicato con semplice filaccia. Nella lesione della regione posteriore del ginocchio sinistro trovasi piccola porzione di lembo di pelle mortificata che vien tosto esportato; la ferita del muscolo deltoide suppura pus di cattiva qualità, e si medicano queste lesioni con filaccia bagnate in una soluzione di un'oncia di *solfito di soda* in otto d'acqua. Continuasi l'istessa dose di *solfito magnesiaco* internamente e concedesi piccola zuppa per nutrimento. Alla sera alcuni brividi di freddo e sete, poscia forte reazione. — Solita medicatura.

1.° ottobre. Apiretico. La ferita del moncone progredisce bene, non così quella della piegatura del ginocchio, nella quale presentasi escara gangrenosa, diffusa, ed un punto cancrenoso riscontrasi anche nella lesione del deltoide. Si medicano queste lesioni colla soluzione di *solfito sodico*, da rinnovarsi più volte al giorno, e si prescrivono quattro dramme di *solfito magnesiaco*, diviso in quattro parti, da prendersi in quattro volte

nella giornata, e solo brodo per nutrimento (1). Alla sera brividi di freddo e febbre; è maggiormente estesa l'escara gangrenosa, tanto alla piegatura del ginocchio, che alla lesione del deltoide. — Si continua la stessa medicatura.

2 detto. L'ammalato non ha dormito nella notte; continua la febbre, ha sete viva, la lingua è rossa, e coperta d'un leggiero intonaco giallastro; le escare cancrenose sopraccennate cominciano ad eliminarsi, ma se ne scopre un'altra, che dalla parte esterna del ginocchio sinistro estendesi fino alla parte media ed esterna della coscia. La ferita dell'arto amputato progredisce di bene in meglio. — L'istessa cura *solfitica* esterna e cinque dramme di *solfito magnesiaco* zuccherato, diviso in cinque parti, da prendersi nella giornata, e il solito brodo.

Alla sera esacerbazione febbrile, ma miglioramento negli impiagamenti gangrenosi; si continua nella stessa cura.

3 detto. Ha dormito alcune ore nella notte; è apiretico, con mediocre sudore; le escare cancrenose, tanto al deltoide che alla piegatura del ginocchio, sono tutte eliminate, e quella della coscia si è limitata. La ferita dell'arto amputato progredisce sempre verso la cicatrizzazione. — Si aumenta la dose a sei dramme del *solfito magnesiaco*, diviso in sei pacchetti, da prendersi nella giornata; solita medicatura esterna e solito brodo per nutrimento. Verso sera brividi di freddo con febbre; lo stato locale è lo stesso. — Si continua l'eguale medicatura.

4 detto. Leggermente febbricitante con madore alla pelle. L'escara cancrenosa alla coscia comincia ad eliminarsi, gli altri impiagamenti migliorano. — Istessa cura interna ed esterna. — Verso sera il paziente è apiretico, ed ha un'abbondante evacuazione alvina, che fu la prima dopo i nove giorni dell'amputazione.

5 detto. Ha dormito tutta la notte, è perfettamente apiretico, e finalmente dopo reiterate domande, viene adagiato su di un piccolo materasso che era stato promesso fin dal giorno della disgrazia. Tutti gl'impiagamenti progrediscono in bene e

---

(1) Finalmente riceve una coperta di lana da sostituirsi al fetente *bernus*.

l'escara cancrenosa alla coscia è tutta separata. — Si prosegue l'eguale cura *solfitica* interna ed esterna, e si concedono due minestrine nella giornata. Alla sera continua l'apiressia e l'ammalato dichiara di sentirsi assai meglio.

6 detto. È apiretico e passò una buona notte; tutti gli impiagamenti suppurano alquanto meno, ed il pus è di buona qualità. — Comincio a passare la matita di nitrato d'argento sull'impiagamento del moncone, continuando colla solita medicatura sugli altri impiagamenti (1). Riduco a 5 dramme il *solfito magnesiaco* da prendersi nella giornata, e continuasi coll'istesso nutrimento.

7 detto. Tutto progredendo in meglio, riduco a tre dramme il *solfito magnesiaco*, ma viene continuata la solita medicatura esterna, ed alle minestrine viene associata un pò di carne.

15 detto. Cade un laccio dai vasi crurali nell'arto amputato; e sugli impiagamenti, che tutti progrediscono verso la cicatrizzazione, passo la matita di nitrato d'argento, proseguendo nell'istessa cura interna ed esterna.

19 detto. Nell'arto amputato cade il laccio della femorale profonda. Progressivo miglioramento negli impiagamenti. — Solita cura e nutrimento, riducendo però a sole due dramme al giorno il *solfito magnesiaco*.

2 novembre. L'impiagamento della coscia amputata è perfettamente cicatrizzato. Sospendesi il *solfito magnesiaco*; continuasi però la soluzione del *solfito sodico* sugli altri impiagamenti, che progrediscono in meglio, e l'ammalato viene messo a pieno vitto.

17 detto. Cicatrizzazione del muscolo deltoide. L'ammalato comincia a mettersi in carne.

23 detto. Guarigione dell'impiagamento alla piegatura del ginocchio sinistro.

18 dicembre. Non avvenne che a questo giorno la perfetta cicatrizzazione dell'impiagamento della coscia sinistra, quantun-

---

(1) Da questo giorno in poi, tutte le sere, fu medicato dal collega sig. dott. Clement, che lo trovò sempre apiretico.

que si fosse sempre continuata la medicatura colla soluzione di *solfito di soda.*

21 detto. L'ammalato fu licenziato in ottimo stato di salute, ed un mese dopo lo rividi, ma siffattamente ingrassato, che dapprima nol riconobbi.

La quantità dei *solfiti* impiegati durante questa cura fu di 13 oncie e due dramme di *solfito magnesiaco*, e di circa nove oncie di *solfito di soda* per uso esterno.

Considerazioni.

Il principio patologico dal quale si parte nella *terapia solfitica*, sta nell'ammettere come causa principale dell'infezione purulenta un'alterazione del sangue per l'introduzione nel medesimo d'un fermento putrefattivo o corruttivo della materia organica. E se in ciò noi ci scostiamo dai sentieri già battuti nell'interpretazione teoretica dataci da uomini sommi, si è perchè, quantunque gli studii di Boerhaave, Vanswieten, De Haen e Stoll, sino a quelli di Sédillot, Dance, Blandin, Velpeau, Cruveilhier, e quelli ancor più recenti di Virchow e suoi seguaci, svelino qualche parte di verità, pure ci lasciano ancora in molti punti dubbiosi, cosicchè a buon diritto il chiarissimo professore Cortese scriveva: « Chiunque guarda con occhio attento e spassionato nel lavoro sì lungamente morbifero di una pioemia, dovrà di ragione persuadersi, che non al semplice fatto d'una flebite, nè all'altro molto comune di una trombosi, si devono attribuire le esclusive radici di questa pericolosa infermità. Egli è mestieri che si generi nella crasi del sangue un elemento diffluente, venefico, la cui presenza ne guasti la composizione e ne corrompa i principj costituenti » (1).

Infatti, ormai, malgrado la diversità dei punti di par-

(1) Vedi Cortese: « Guida del medico militare ».

tenza del processo morboso, medici e anatomo-patologici s' accordano a ritenere l'essenza dell' *infezione-purulenta* consistere in un'alterazione dei principj chimici e istologici del sangue, cioè in una specie di *septicoemia*, che equivale a dire, trattarsi di un intossicamento nel sangue, che corrisponde appunto ad una malattia *zimotica*; e per cui, se vi ha nella clinica interna una vera indicazione pei *solfiti*, la è precisamente questa. I diversi fenomeni morbosi, cagionati dall'avvelenamento sanguigno nei due casi narrati, ci permettono di trarne alcuni pratici corollarj ai quali diamo qualche importanza, perchè andiamo persuasi che nulla avvi di buono in medicina, come arte, che non discenda e si risolva in precetti utili nell'atto pratico.

Noi constatiamo che nel primo caso, oltre i fenomeni *dinamici* o vitali, come li chiama Burggraeve, vi furono anche i fenomeni organici che misero il malato in grave pericolo di vita; e a mio credere sarebbe morto, se i *solfiti* non avessero dato alla materia organica superstite una maggiore stabilità e resistenza alla decomposizione; ciò che limitando il turbamento delle funzioni dipendenti dall'inquinamento prodotto dall'infezione purulenta, permise all'organismo di compiere le sue sanative eliminazioni; mentre nel secondo caso, essendo stati impiegati i *solfiti* come mezzi *preventivi*, prima che sorgesse l'infezione, resero l'organismo quasi *refrattario* all'influenza della medesima, cioè ne arrestarono gli effetti in maniera inaspettata, e non presumibile, con tanti focolari purulenti e detriti necrotici che stavano in grembo ai tessuti feriti.

Mancarono perciò i fenomeni *organici* o per così dire *terziarii* della pioemia, che tanto erano palesi nel primo caso; ed anche i fenomeni *dinamici* furono di assai minore intensità di quelli del caso antecedente.

Egli è dell'infezione *pioemica* come degli altri avvelenamenti; è al principio dell'azione del veleno che i soccorsi dell'arte hanno tutta la loro potenza.

Per ciò stesso i solfiti sono *più sicuri rimedj profilattici* che *curativi*, ed il chirurgo che nelle gravi operazioni li impiegherà subito, in maniera *preventiva*, avrà infezioni purulente di minore gravità, o non ne avrà; mentre la terapia aspettante, che interviene inerte, o che intervieni tardi, vedrà il maggior numero di pioemie, e quasi tutte mortali.

Il lieve grado di sintomi morbosi nella seconda osservazione potrebbe forse inclinare alcuni ad escludere in questo caso la esistenza dell'*infezione purulenta*. Ma le orripilazioni o accessi di freddo, per me, indicarono i fenomeni essenzialmente dinamici, che sogliensi manifestarsi nella pioemia; tali sintomi sono per me la sentinella che ci avverte dell'assorbimento purulento, e perciò, a buon diritto, in casi simili, dice l'illustre clinico professore Trousseau: « *Chaque frisson est un avertissement de la pénétration du pus dans le sang* » (1).

Forse qualcuno mi dirà che il felice risultato di questo caso devesi alla virtù del clima. Io non voglio negare la benefica influenza di questo clima sulle operazioni chirurgiche, e prova ne sia che nel 1856 ne scrissi un articolo in proposito (2); e nel 1860 insistetti maggiormente (3), come tu, amico carissimo, facesti altrettanto nelle tue belle *Osservazioni medico-fisiche sul clima e sugli abitanti di Tunisi*, *e d' altre parti d' Africa*. (« Ann. univ. di med. »).

Ed infatti noi vedemmo nel secondo caso narrata una rapida guarigione dell' arto amputato, a preferenza delle

---

(1) Vedi. « Clinique médicale de l' Hôtel-Dieu de Paris ». Tome 3. pag. 635.

(2) « Influenza del clima sull'esito delle operazioni chirurgiche ». Vedi « Gazzetta medica italiana lombarda », maggio 1856.

(3) « Saggio sul clima e sulle precipue malattie di Tunisi e del Regno ». Milano, pag. 132.

altre lesioni; ma nelle condizioni esternamente sfavorevoli in cui trovasi questo individuo, per cui il presagio più certo, al dire dei colleghi tutti che lo videro, era la *morte per infezione pioemica*, è oltremodo logico il credere che i fenomeni morbosi si siano mantenuti entro i limiti descritti mercè la cura preventiva *solfitica*.

E se il clima di Tunisi è assai favorevole nelle ordinarie operazioni chirurgiche, nulla può contro l'infezione purulenta, quando questa è insorta.

Un altro fenomeno diametralmente opposto nei due narrati casi, e che attirò la nostra attenzione, è che durante l'amministrazione dei *solfiti* nel primo caso ebbe luogo la *diarrea*, che dovetti arrestare colle polveri del Dower, mentre nel secondo vi fu *stipsi* protratta. Ciò prova, a mio credere, che le evacuazioni di ventre possono essere mosse da particolare idiosincrasia, o dalla stessa condizione morbosa, massime se la mucosa intestinale è in un lavoro di eliminazione, come accade nei gradi avanzati della pioemia; ma che l'azione purgativa dei solfiti non è la vera, intrinseca e principale loro azione. Questi farmaci sono più diuretici che catartici, tutta l'azione terapeutica di questi medicamenti dipende dalle loro proprietà antifermentative e dalle riducenti, proprietà che non ispiegano mai così completamente che allorquando sono assorbiti in circolo. — Ma qui mi si potrebbe fare un'obbiezione, ed è forse la più forte che gli avversarj possono fare alla dottrina del Polli, ed è: per provare l'azione antifermentativa de' solfiti bisognerebbe che la natura delle fermentazioni, nelle svariate malattie discrasiache, fosse sempre identica, o fosse prodotta sempre dallo stesso fermento. L'obbiezione sarebbe giusta, se il Polli avesse preteso che i solfiti agissero *direttamente contro i fermenti morbiferi*, uccidendoli od annullandoli; ma invece egli fece conoscere più e più volte chiaramente che detti sali agiscono, non modificando direttamente il fer-

mento, ma solo togliendogli il mezzo di sviluppo, cioè modificando la materia fermentativa in modo che essa possa resistere alla sua azione. Cosicchè, col linguaggio comune, direbbesi che questi farmaci agiscono sulle parti sane dell'organismo proteggendole o garantendole contro l'azione morbosa dei fermenti, i quali muojono coll'andar del tempo, confinati, per così dire, nella loro sede primitiva per difetto d'alimento.

Tale spiegazione parmi risponda in maniera chiara, precisa e soddisfacente circa al modo di comportarsi di questi medicamenti. E prova ne siano le esperienze del Polli sugli animali, che ciascuno può ripetere, cioè: prendere, come egli fece, due animali, per esempio, due cani, nutrirli egualmente per pochi giorni, ma ad uno dare 10 grammi di solfito di soda al giorno, all'altro nulla. Macellati nell'istesso momento, esposti quindi alle stesse condizioni, vedrassi che i tessuti e gli umori del *solfitato* resistono parecchi giorni a quegli agenti corruttori d'ogni fatta, e che avranno già putrefatto l'altro.

E questa resistenza dei tessuti fu appunto assai palese, massime nel secondo nostro caso narrato, essendo stato quell'individuo *solfitato* preventivamente.

Quale conclusione dovremo dunque noi trarre dalle due osservazioni che formarono l'argomento di questa scrittura? Io non ne vedo che una sola ragionevole, e penso che dev'essere quella di tutti i medici assennati: il trattamento che offre la più grande probabilità di successo nell'infezione purulenta, è quello basato sui *solfiti*, non solamente perchè in teoria deve essere il più utile, ma perchè nella pratica fu trovato che è tale.

Tutti i libri medici classici, parlando dell'infezione pioemica, sono unanimi nel ritenere questa malattia *quasi sempre mortale*; e parlando della cura, debbo dirlo, sono assai poco espliciti e concordi. Gli uni consigliano una terapia sintomatica, specialmente riguardo alle localizza-

zioni; altri le bevande leggermente stomatiche ed eccitanti, per sostenere le forze dell' organismo; altri le bevande acide o alcaline; altri finalmente i diaforetici ed i purgativi, nell'intento di incitare gli atti critici impiegati dalla natura medicatrice.

Vedemmo che nella prima osservazione, malgrado l'arresto della diarrea colle polveri di Dower, il malato migliorò e fu condotto a salvamento; e che l' istesso stato comatoso, che per alcuni sarebbe stato una contro-indicazione alle polveri del Dower, si sciolse malgrado la continuazione delle medesime, producendo appunto l' effetto desiderato, cioè quello di fare restare e penetrare i solfiti in tutte le parti dell'organismo, al quale riuscirono a compartire una valevole resistenza.

Che diremo del solfato di chinina consigliato dalla maggior parte degli autori moderni? Questo sale non può valere che contro l'elemento di periodicità e d'intermittenza nei brividi, esso protegge dinamicamente la innervazione. Che diremo dell'alcoolaturo d'aconito consigliato da altri? Vi vediamo un'analoga azione nervina, ma non crediamo che valga ad arrestare il cammino dell'infezione, fintanto che il pus continua ad essere mescolato col sangue, od a dare alla compage organica normale maggiore resistenza di mistione per permettere di lottare il tempo necessario a trionfare dell'infezione; ciò che appunto possono fare i solfiti, i quali, come provò il Polli, non subiscono nel ventricolo alcuna decomposizione, ma vengono assorbiti nel circolo, si mescolano alla massa del sangue, penetrano in tutti i tessuti, ed escono con tutte le secrezioni. Quindi, a buon diritto, il chiarissimo professore Cantani scrisse: « Bisogna confessare che in nessun' altra affezione sarebbe più che non qui necessario un efficace antifermentativo » (1).

---

(1) « Patología e terapeutica speciale »; del prof. Niemeyer. Traduzione italiana del dott. Cantani. Ediz. 1.ª, vol. 2.º, pag. 823.

Perciò prima della scoperta del Polli la terapia dell'infezione purulenta era un vero *desideratum*, avvegnacchè anche una delle più grandi celebrità mediche della Francia, il Cruveilhier, dopo aver passato in rivista tutti i mezzi per combattere questa micidiale malattia, concluse:

« Tutti questi mezzi hanno fallito sì nelle mie mani, che in quelle degli altri. Infatti non abbiamo alcun farmaco da opporre con qualche certezza di risultato a questo terribile fattore morboso, tutte le pretensioni dell'arte riducendosi per lo più a disinganni; tutti i trionfi delle droghe essendo effimeri, o per lo meno problematici. E in verità, tutto quanto fu promulgato intorno alla virtù dei farmaci, contro la pioemia, fu l'effetto di una buona fede illusa, basata su alcuni fatti male interpretati o male interrogati col metodo curativo, poichè quei pochissimi fatti fortunati appartenevano alla sola natura medicatrice, che servì a provare la curabilità dell'infezione purulenta che in passato era messa in dubbio, ed il professore Sédillot fu uno dei primi a provare questa curabilità (1) ».

Contuttociò io non voglio asserire che i *solfiti* siano *rimedj infallibili nell'infezione purulenta*, perchè dicendo ciò ognuno sarebbe in diritto di mettere in dubbio la mia osservazione, non essendovi una sola fra le numerose sostanze di cui può disporre l'arsenale terapeutico che possa meritare la qualificazione d'*infallibile*.

Lo stesso chinino, per esempio, guarisce la febbre intermittente, è vero; ma ciònonostante la febbre intermittente miasmatica non può sempre essere guarita dal chinino. Anche la medicina *solfitica* io la vidi mancare allorquando parevami formalmente indicata, e ne attendevo i benefici effetti colla massima confidenza.

---

(1) « De l'infection purulente, ou pyohémie ». Paris, 1864.

Ecco il perchè delle obbiezioni si faranno a questa terapia, anche nell'infezione purulenta. Serie obbiezioni, però, io non credo le si possano muovere, perchè essendo pur rigorosi nella scelta dei fatti simili, che i periodici medici già registrarono, adoperando pure la maggior severità di critica, opponendo il maggiore scetticismo, passandoli all'analisi più minuziosa, ve ne resterà sempre un numero di talmente convincenti e persuasivi da non lasciare superstite il dubbio. E tra questi credo siano anche i due fatti da me narrati; che non potranno rimanere sterili, muti, insignificanti, innanzi ai medici riflessivi di qualunque scuola e di qualunque nazione essi siano.

Sapresti ora tu dirmi, egregio collega, quale sia la ragione della decisa discrepanza tra l'eloquenza convincente dei fatti, e l'espressione negativa sconfortante di certi avversarj alla medicina *solfitica*?

Io credo essere una sola, e mi spiego. Tu sai meglio di me che avvi una differenza capitale tra il fare una cosa e il farla bene. È precisamente ciò che ha luogo nell'amministrazione dei *solfiti*, che vengono spesso consigliati senza le giuste regole, cioè amministrati senza o contro indicazione, a dose timida ed insufficiente, in confusione con altri farmaci di contraria, o di differente efficacia.

Vi sono ancora dei medici, ed io ne conosco varj, che malgrado i savj suggerimenti dati più volte dall'illustre professore Polli, amministrano il solfito magnesiaco senza farvi soprabevere una sufficiente quantità d'acqua per la sua completa soluzione.

Mentre il *solfito di soda* è molto solubile, cioè in sole quattro parti d'acqua, quello di magnesia esige almeno *venti volte* il proprio peso di acqua per la sua perfetta soluzione; così accade, che questo non essendo accompagnato da bastevole solvente, produce un senso di peso

molesto allo stomaco, al quale si associa facilmente un dolore frontale gravativo, per cui presto se ne sospende l'uso, adducendo per ragione che l'ammalato non lo può tollerare e che gli riesce più dannoso che utile.

Altri poi non raccomandano sempre la precauzione di non accompagnare mai, o fare seguire i solfiti da *bevande acide*, le quali si appropriano la base e mettono in libertà l'acido solforoso, per cui l'ammalato non tollera il rimedio, e quel poco che ritiene non è più *solfito*, ma un altro sale, dal quale non si possono aspettare gli effetti proprj dei *solfiti*.

I soli ammalati che veramente non tollerano i solfiti (ed in queste contrade se ne riscontrano non rare volte) sono quelli che hanno abituali agrezze di stomaco, od una particolare condizione morbosa per la quale l'individuo ha prevalente acidità dei succhi gastrici. In questi stomachi i solfiti sono più o meno completamente decomposti con svolgimento di acido solforoso. Ma si ovvia a tale inconveniente coll'aggiungere al solfito magnesiaco un pò di magnesia caustica, per es., come suggerisce il Polli, mezzo grammo sopra 2 o 3 grammi di *solfito magnesiaco*, ed al *solfito di soda* un pò di carbonato o bicarbonato di soda. — Qualche medico poi prescrive coi *solfiti*, per qualche medicazione particolare, il calomelano. Quanto sia grande l'incompatibilità fra questi farmaci, io lo sperimentai tre anni or sono in un malato di febbre gastrica, in cui si manifestarono sintomi decisivi di un avvelenamento corrosivo, e subito parlai in proposito di questa incompatibilità a varj colleghi, fra gli altri al nostro egregio amico dott. Schembri.

Queste considerazioni del più alto interesse, per ben dirigere la cura *solfitica*, pur troppo sovente son messe in non cale. Ma il vero segreto delle cure brillanti coi *solfiti*, che tu ben sai, e che non pochi medici ignorano, sta nella generosa propinazione dei medesimi; ed in-

fatti io credo che gli effetti veramente curativi non si sarebbero manifestati, massime nel malato della nostra prima osservazione, se non avessi spinta la dose del *solfito di magnesia* fino ad *un'oncia al giorno.*

E tanto più ciò si può fare, inquantochè, oltre ad essere benissimo tollerati per lungo tempo dall'organismo senza alcun inconveniente: « essi sono, al dire dello stesso Polli, di un'azione antifermentativa più energica dei già noti antisettici metallici, fenici o cianici, senza essere, come quelli, tossici ». Perciò questi sali sono in varie gravi malattie, ed in ispecie nell'infezione pioemica, divenute le mie armi di predilezione, e crederei di mancare al più sacro dovere verso l'umanità, se convinto come sono della massima utilità dei medesimi, io dessi ad altri farmaci la preferenza, od affidassi la cura alle sole risorse della natura; giacchè, se ciò si può fare, senza mancare al proprio dovere nelle malattie che non hanno gravità, quando si ha di fronte un pericolo, e noi crediamo d'avere nelle nostre mani un rimedio che lo possa scongiurare, la coscienza ce lo deve fare impiegare senza esitazione. « Ogni sanitario, diceva giustamente l'egregio dott. Ridolfi, che trascura l'esibizione dei *solfiti* nei casi in cui si sospetta l'assorbimento purulento, ne è *responsabile* » (1). In verità io credo fermamente che nella pioemia i *solfiti* non abbiano per ora altri presidj terapeutici rivali che possano far loro una concorrenza vittoriosa; ed ognor più mi convinco d'aver detto con ragione nella mia prima Memoria su questi farmaci: « I solfiti nell'infezione purulenta devonsi considerare come un vero dono della Provvidenza » (2).

---

(1) Vedi « Gazzetta medica italiana lombarda », giorno 4 aprile 1865.

(2) « Annali universali di medicina », fascicolo di febbrajo 1863.

Perdona, o amico, se ho sorpassato i limiti che m'ero prefissi in questa lettera; ma sapendoti per tue proprie esperienze partigiano tu pure di questi farmaci, provai una dolce compiacenza nell'esternarti quanto pensavo sull'uso dei medesimi nelle gravi malattie pioemiche, di cui t' intrattenni; ed alle riflessioni di cui le accompagnai venni spinto dalla sentenza del grande filosofo dei tempi nostri, Bernard: « Per fare buone osservazioni, non basta constatare dei fatti, ma bisogna ragionarvi sopra ».

Gradisci, ecc.

Tunisi, li 29 aprile 1867.

Osservazioni raccolte sopra tre costituzioni atmosferiche morbose durante il corso della carriera pratica *del dott.* FIORAVANTE ROSSI.

Lo studio delle morbose costituzioni atmosferiche, che sogliono accadere ogni qual tratto di tempo nelle diverse stagioni dell'anno, e talvolta anche quasi nell'intiero suo corso, e che ponno durare più anni di seguito, apprezzato in addietro dai migliori cultori dell'arte nostra, ora sembra quasi dimenticato. Si decantano nei giornali nuovi scoperti rimedi per guarire le malattie, che messi alla prova dal medico ecclettico, non corrispondono poi alla vantata virtù, e si trascura invece la ricerca delle cause che le generano, dalle quali soltanto si può dedurne la natura, e sceglierne la vera terapia.

Sappiamo dalla storia, che il primo esempio di questo studio l'abbiamo avuto da Ippocrate, e forse da altri prima di lui, benchè non si rinvengano memorie che lo rivelino. Come poi sia stato in seguito negletto, lo si spiega coi rivolgimenti politici dell'antichità e colle continue guerre ed invasioni che hanno agitato l'Europa,

e principalmente la Grecia e l'Italia, le quali sconvolsero e interruppero le tradizioni scientifiche e costrinsero la scienza a ricoverarsi in chiostri romiti. A farlo dimenticare maggiormente concorsero i vari sistemi medici sorti nei secoli posteriori, che sviarono le menti dalle traccie segnate dai padri della medicina, dalle quali non avrebbero dovuto allontanarsi senza pregiudizio della scienza e della pratica. L'umorismo, l'animismo, la chimica, la meccanica, il brownianismo, la diatesica riforma italiana, non che il mesmerismo e l'omeopatia, traviarono i principali ingegni, invitandoli a pascersi di ipotesi e di chimere, intanto che la osservazione pratica si trovava in mano di uomini ignoranti ed empirici, abili più a farla retrocedere, che progredire.

Ristorata finalmente la scienza dalla civiltà e dalla pace, protetta dai Governi e dai Principi, incominciò a svolgersi in tutta la sua libertà. Gli ingegni migliori si diedero con maggior lena a questi studi, indagando le cause delle infermità e il modo migliore di guarirle. Ippocrate fu la loro stella polare; tutti lo imitarono in queste ricerche, e messisi all'indagine delle diverse costituzioni atmosferiche, degli elementi che le costituivano, e delle cause che le producevano, adunarono alla perfine un cumulo di cognizioni pratiche, che quantunque raccolte in mezzo alle oscurità patologiche, risultarono ammirabili e prodigiose.

Un tempo la pratica medica era tutta basata sulla osservazione, sulla ricognizione delle cause che producevano le malattie, dei sintomi che presentavano, e degli effetti dei rimedi sui corpi malati. Da qui emerse quell'ampia suppellettile pratica che i nostri maggiori ci lasciarono in eredità. Le teorie improvvisate dall'ardente fantasia, o basate sopra qualche fenomeno vero; a cui sottoponevansi tutti gli altri, che molti ed infiniti ponno presentarsi dall'organismo infermo, non fe-

cero che ritardare il progresso della pratica medica, perchè basate tutte sopra instabile arena, caddero l'una dopo l'altra, lasciando appena la sterile ricordanza della loro effimera esistenza.

In Germania si lavora da qualche tempo con immenso zelo da uomini grandi ad innalzare un altro edificio medico, il quale non ha di comune coi sistemi caduti, che la forma, non la entità. È lo studio minuto delle parvenze e delle alterazioni materiali, spinto alle più diligenti investigazioni atomistiche, specialmente coll'ajuto del microscopio. È vero che collo scoprire i più intimi cangiamenti della materia organica nello stato morboso, la scienza viene a dilatare i suoi confini, anzi, direi quasi, a completarsi ed a scoprire dei fatti dapprima ignorati. Ma qui si chiede: quale è il cómpito della medica scienza? Non è forse quello di sollevare l'umanità dai mali che l'affligge. Ecco appunto dove le attuali pretese si arrestano, dove gli ingegni più grandi si umiliano. È ancora l'antica sapienza che li soccorre nella pratica.

Tornando all'argomento delle costituzioni morbose, era indispensabile che un uomo grande sorgesse a scuoterla da quel letargo, e facesse obliare le vane fole che mantenevano nelle tenebre dell'ignoranza l'arte nostra. Quest'uomo fu l'inglese Sydenham, la cui prudente e profonda intelligenza in questo scibile pratico, gli ha meritato il nome di Ippocrate inglese. Osservando egli, che non in tutte le singole stagioni, nè in tutti gli anni le malattie erano uguali, indagò con accuratezza singolare le cause di tali differenze, e le riconobbe non solo nella atmosfera, ma anche ne' suoi vari sconcerti, e nella stessa sua alterazione o nella congiunzione di altri elementi cosmo-tellurici, atti ad offendere l'umana economia, e ad infirmarla. I quali introducendosi nell'organismo, o colla respirazione polmonale, o pell'assorbimento cutaneo, o pel tubo alimentare, ovvero anche per disgu-

stosa impressione sulla cute, danno origine, a norma della loro natura, a quelle varie specie di mali che sogliono incontrarsi nelle diverse costituzioni.

Le preziose osservazioni di Sydenham incominciarono l'anno 1661, e terminarono il 1675. Egli descrisse tutte le specialità morbose osservate, il metodo curativo adoperato, le risultanze ottenute. Le quali, a dir vero, furono così splendide, da meritare l'ammirazione di tutti i medici sommi di quell'epoca, e insieme la loro approvazione.

E di vero appena comparve alla luce quella sua immortale fatica, tutte le nazioni civili la vulgarono nel loro idioma, e i primi ingegni di Francia, di Germania e d'Italia applaudirono non solo alle massime ivi contenute, ma al fatto stesso della costituzione morbosa, da non rimanersi ultimi ad indagarlo, tanto ne furono persuasi.

Chi si pone ad osservare le diverse infermità che accadono nelle varie stagioni dell'anno, non può a meno di prestar fede a quella inimica influenza che ciascuna di esse possiede. Imperocchè, alloraquando decorrono le stagioni per alcuni anni regolari, si hanno quasi sempre le stesse malattie, cioè le flogistiche d'inverno, le flogisto-reumatiche di primavera, siano pure febbri remittenti, d'estate le gastriche, le enteriche e i loro flussi d'autunno, le periodiche legittime o miasmatiche secondo i luoghi, le tifoidee, non senza escludere alcune eccezioni sporadiche, che una malattia di una stagione possa insorgere anche in altra.

Ma quando le stagioni decorrono irregolari, ed elementi perversi ingenerati dalla terra e dall'aria o da altre sostanze si immischiano all'atmosfera, niun dubbio che anche le malattie non siano più quelle delle costituzioni normali, ma diverse a norma della acquisita nociva influenza dell'aria stessa, e degli estranei e nocivi

elementi che vi si sono introdotti. I quali agendo in modo specifico deleterio sui corpi animali, producono le speciali malattie di cui éssi sono capaci.

É cosa indubitata, e ammessa da tutti gli agronomi, che le perverse stagioni agiscono malamente sopra i vegetabili. Se ciò è vero, perchè non potranno esse morbosamente influire anche sopra di noi? Non siamo noi forse esseri organici viventi sottoposti allo speciale influsso dell'atmosfera? E se i vegetabili vanno soggetti per le intemperie a molte crisi e alterazioni, perchè non vi dovremmo sottostare anche noi?

Colpiti da sì saggie e naturali considerazioni, non furono tardi que' sommi uomini a seguire ed investigare le diverse costituzioni atmosferiche morbose, a notarne le differenze, e il loro maggiore o minore influsso e nocumento sull'economia animale, non che a trarne deduzioni vantaggiose nella cura dei malati.

Ciò che fa senso di più nella lettura degli scritti di Sydenham, è il metodo curativo, che il suo fino criterio sapea scegliere ed usare, differenziandolo assai da quello degli altri medici suoi contemporanei, che imbrattati dalla pece arabistica e greca, non scorgevano nelle malattie che acrimonie ed abbattimento, e quindi non somministravano che rimedi acidi o alcalini, oppure alessifarmaci e stimolanti, i quali riuscivano più di nocumento che di vantaggio agli infermi; mentre egli attenendosi costante al metodo antiflogistico, adattato al grado e alla natura del male, ne ritraeva i migliori vantaggi. Il che gli meritò il titolo di sommo pratico e maesro nell'arte di curare le umane infermità.

Che siano sempre avvenute, e che si verifichino ogni qual tratto di tempo delle anormali costituzioni atmosferiche, nocive non solo agli uomini, ma anche agli stessi vegetabili, è tale verità che niuno può mettere in dubbio. La primavera e l'estate dell'anno 1815, anno memorando

per politiche avventure, e per dispotici assestamenti di popoli, di provincie e di nazioni, furono due stagioni perverse sotto ogni riguardo, per freddo protratto, per venti rigidi e pioggie frequenti. Le messi di rado riscaldate dal sole, la terra sempre imbevuta di eccedente umidità, mai animata dal calore, quasi non vegetarono, e il grano turco così abbondante nelle nostre terre, fu scarso affatto, e in certe località dove la terra era asciutta ed argillosa, o, come dicono i contadini, fredda, fu quasi nullo, per non essere arrivata la maggior parte a maturazione, per cui nel venturo anno 1816 accadde quella terribile carestia, che estesa a tutta la nordica e media Italia, cagionò frequenti morti per fame, massime nei poveri montanari delle Alpi e degli Apennini, dove il suolo è ingrato ed infecondo. Nacque poi dalla carestia quel tifo micidiale contagioso, che lasciò immensi lutti, ed amare rimembranze in molte famiglie.

Dalle annuali costituzioni atmosferiche di già trascorse, venendo a quella che tuttora vige da noi da 16 anni, da poche buone annate interrotta, infesta all'uomo, agli animali ed ai vegetabili, chi può calcolare i danni arrecati dal suo deleterio influsso? La petecchia nei bachi da seta, l'oidium nelle uve, la ruggine nel frumento e nella segale, l'insolita abbondanza del carbone nel grano turco o frumentone, le nebbie nei frutti da distruggerli quasi del tutto, sono fatti accaduti sotto i nostri occhi. Aggiungasi ancora la mortalità dei gambari o granchi, un tempo così abbondanti nelle nostre acque correnti, quella dei pesci in certi stagni, e si avrà un complesso di mali, particolare e nefasto all'epoca nostra.

Riguardo poi alle diverse malattie che cotesta lunga, perversa, e non ancora estinta costituzione atmosferica ha prodotte, ne verrà discorso a suo luogo.

Chi primo fra i medici italiani si accinse a seguire

l' importante iniziativa dell' immortale Sydenham, fu il prof. Ramazzini modenese. E questo era al certo còmpito spettante a sì grand'uomo, il quale dedicatosi allo studio delle malattie che colpiscono le diverse classi della società, dovea con altrettanta cura indagare le cause di quelle provenienti da una costituzione atmosferica morbosa. Innanzi però di applicarsi a questo difficile esame, volle osservare quali infermità sogliono indurre le stagioni normali, e quale natura e andamento sogliono tenere le malattie sotto un contrario influsso.

Incominciò egli a scandagliare gli anni 1686, 87 e 88, prosperi sotto ogni aspetto, per la regolarità delle stagioni di primavera e di estate, turbate mai nè da freddo, nè da pioggie continue, pei venti di primavera, che esportano l'umidità dalla terra, per le pioggie ristoratrici alternanti con mite calore, onde le messi vennero a prosperare, e l' uman genere fu risparmiato da molte peculiari infermità.

Osservando poi l' inverno del 1689 decorrere mite ed asciutto, e la primavera seguente invece fredda e piovosa, ingombra di nebbie, di rado puro e sereno il cielo, pregno sempre di umidi vapori, incominciò a temere, che ciò dovesse sinistramente influire tanto sugli uomini che sui vegetabili, e preparare agli uni e agli altri delle morbosità inaspettate.

Nemmeno l' estate di quell' anno conservò la necessaria regolarità per la sanità e maturanza delle messi, ma fu tratto tratto turbata da frequenti squilibri di temperatura, da giorni temporaleschi e freddi, da pioggie e tempeste, per cui la compagna non prosperò punto, nè i corpi umani poterono sottrarsi alle febbri intermittenti di luglio, iniziate da fortissimi parossismi, da estrema prostrazione di forze, da debolezza generale, protratta talora a più giorni. Nota egli che il metodo antiflogistico era più dannoso in quelle febbri che utile, e

serviva piuttosto a cangiarle da quotidiane e terzane, in quartane e viceversa, e ad accrescere sempre più la debolezza de' corpi che le aveano sofferte. Frustranea, a suo dire, fu pure esperimentata la china, mentre riusciva efficace il vino generoso, perchè, oltre al ristorare le forze infralite, molti sottraeva alle fauci di morte.

Effetti ancora più nocivi derivavano, secondo lui, dal salasso, il quale non serviva se non se ad accrescere vieppiù la debolezza, a produrre più presto il pericolo della vita, in causa delle frequenti lipotimie che ne seguivano, dei vomiti nervosi e di altri fenomeni ancora più allarmanti, che gettavano gli infermi nell' agonia.

Nè molto diverse furono le epidemie costituzionali del 1690, 91, 92, 93 e 94; solo che in esse le febbri intermittenti obbedivano di più alla china, dopo purgati i corpi da quella interna acrimonia (era il linguaggio dei tempi) che le fomentava. Congiunte a queste febbri decorrevano le gastriche e le nervose, le quali riuscivano la maggior parte a buon termine mediante il prudente metodo antiflogistico, col salasso cioè in principio, colle coppette scarificate alla nuca e alla schiena, coi purganti, colle bevande antiflogistiche, e coi rivellenti.

Dietro le vestigia di questo sommo, altri chiari ingegni italiani si dedicarono allo studio delle costituzioni morbose, e ce ne lasciarono particolareggiate descrizioni. Ma io non m' intratterrò su di esse, limitandomi ad esporre le tre epidemie da me osservate nel corso della mia carriera medica.

La prima costituzione epidemica ebbe principio l'anno 1827 e terminò l' anno 1832. Essa, per quanto a me consta, non abbracciava la stretta sfera della mia condotta, ma ben oltre si estese nel Cremonese, nel Mantovano e nel Bresciano, come ebbero ad asserirmi diversi colle-

ghi di quelle provincie, e a confermarlo a voce ed in iscritto l' illustre collega ed amico prof. Geromini.

Nell' anno 1827 la primavera fu tardiva, fredda e piovosa, l' estate turbato da frequenti pioggie e temporali, e da cielo nuvoloso. Al mattino, massime dopo le pioggie e un insolito freddo, una fitta nebbia stendevasi sopra la campagna, per cui il raccolto del frumento fu minore d'assai del consueto, molte erano le spiche vuote, altre affette da carbone, nè fu abbondante come al solito il grano turco. Anche nei tre anni successivi quelle due stagioni furono quasi mai regolari, poichè o la primavera continuava fredda, ritardando la germinazione vegetabile, e anche nocendole; ovvero incominciava calda in marzo ed in aprile, per terminare fredda in maggio ed in giugno.

La malattia principale che segnalò quella epidemia costituzionale fu una febbre intermittente anomala, ossia larvata, che decorrendo ora sotto forma quotidiana, ora terzana, ed ora quartana, col sostenersi sempre forte e continua fino ad internarsi nel successivo parossismo, accompagnata da sintomi eminenti gastrici ed infiammatori, simulava la febbre continua gastrica. E per verità richiedevasi somma attenzione per distinguerla e classificarla, giacchè si nascondeva intieramente sotto quelle ingannevoli apparenze, nè avea seco alcun sintomo, che la qualificasse diversamente. Incominciato il parossismo febbrile, non desisteva mai dalla sua intensità, e si insinuava nel seguente e nei successivi colle identiche manifestazioni, onde accadde che molti medici ne rimanessero illusi, scambiandola per febbre continua gastrica infiammatoria.

I sintomi proprj dei parossismi erano una smania sempre crescente da non lasciare riposo al malato se non dopo molte ore, nè comodità in qualunque posizione si mettesse; una sete intensa quasi inesauribile nel prin-

cipio dell' accesso, da chiedere bevanda ad ogni istante; lingua sucida coperta di alta patina giallastra; arsura continua delle fauci; in alcuni tosse secca e molesta; anoressia completa, rutti fetidi con senso di vomiturazione; polsi stretti e frequenti, cute calda, urente e secca; nessun sudore, nè madore; stitichezza; poca sensibile remissione della febbre verso la fiue del parossismo, tranne la diminuzione della sete.

Quasi tutti i medici che assistettero a quella febbre, siano vecchi, siano giovani, la giudicarono a primo aspetto una febbre gastro-inflammatoria, ed io pure nei primi casi fui di quel numero, e la curava con metodo antiflogistico e purgativo, colle decozioni tamarindate e colla dieta. Ma non tardi m' accorsi dell'errore, pel nessun vantaggio del metodo debilitante, anzi pel suo nocumento, e pel cessare della sete verso la fine del parossismo, e l' insorgere di nuovo col rincrudire della febbre nel seguente.

Insistendo nei salassi, ne susseguiva prostrazione di forze, vomito, lipotimie frequenti, e vaniloquio, e se le sottrazioni sanguigne erano continuate, ne insorgevano tremori degli arti, da incutere timore nel malato e nella famiglia. Con una maggiore insistenza in quel metodo, la febbre da larvata passava in nervosa.

È di vero, per quanta attenzione si prestasse a quella febbre, non si poteva a meno di non ammetterla tra le inflammatorie gastriche, e di sentirsi spinti a ricorrere prontamente ai salassi, ai purganti, e ad ogni sorta di antiflogistici. Nè pei sintomi gastrici chiari e spiegati era da localizzarsi altrove, che all' apparato gastro-enterico, trattandola col tartaro stibiato, coll' ipecacuana, e con altri rimedi deprimenti e purgativi. Quantunque fossimo avvertiti del poco frutto di questo metodo, pure la smania, la sete, il calor generale, i polsi celeri e stretti, insomma l' intenso apparato flogistico, tutto ci indicava di persistere in esso, spinti anche dall' esempio di quei

casi febbrili, che ai primi giorni di cura attiva non si ammansano, e talvolta sembrano esacerbarsi, ma che in seguito col medesimo metodo finalmente volgono a miglioramento. Ed è certo che se quei nocivi effetti non si fossero di nuovo e con insistenza ripetuti, ed anzi accresciuti, non così facilmente mi sarei ricreduto.

Ma il sintomo che più di tutti fermò la mia attenzione, e mi fece dubitare della bontà del trattamento in corso, fu la sete. Intensa prima, e nel maggior corso del parossismo, cedeva mano mano che si accostava alla fine, per riaccendersi nell'accesso seguente, ciò che non si osserva nelle febbri continue infiammatorie, le quali non hanno quasi mai intermissione chiara e costante. Questo criterio mi fu poi di guida in tutte le altre costituzioni epidemiche, siccome quello che più di ogni altro sintoma è indicatore della vera indole del male.

Acciò il lettore abbia una nozione precisa di quella febbre, verrò ora riportando alcune istorie, che meglio ne rischiareranno la forma e il trattamento opportuno.

Osservazione 1.ª — Il mio genitore, d'anni 54, robusto, scevro di ogni discrasia, di temperamento sanguigno, che godè quasi sempre di buona salute, si ammala di forte febbre sulla fine del settembre 1838, ed è assistito da due medici esperimentati ed abili, uno più vecchio, l'altro meno, ma di più svegliato ingegno. Entrambi la dichiararono una febbre gastro-infiammatoria, e dato mano al metodo antiflogistico, erano arrivati nell'11.ª giornata a 6 salassi, non minori di libbra, e aveano somministrati diversi purganti e decozioni di tamarindo, il tartaro stibiato, il siroppo di ipecacuana, ed altrettanti argomenti indicati in dette febbri. E già la mattina del giorno della mia venuta si era buccinato di una settima cacciata per la sera, sempre che la febbre aumentasse, o anche insistesse nello stesso grado del mattino.

Laureato da un anno in medicina e chirurgia, mi trovava a coprire la Condotta di Pessina con quattro altri Comuni uniti, ove mi era installato dall'ottobre passato, e già avea avuto campo di curare molte febbri di questo genere, e di scoprirne l'indole insidiosa ed occulta.

Sino dai primi anni di pratica nell'Università di Pavia, lo studio delle febbri intermittenti legittime ed anormali mi avea di molto interessato, onde prepararmi all'esercizio medico futuro, ed a saper discernere più facilmente tutte quelle oscure varietà febbrili, notate dai principali classici, ed insegnate dalla cattedra, sicchè trovandomi in siffatte emergenze, potessi rettamente dirigermi. E su ciò mi aveano particolarmente ammaestrato le opere dei sommi Torti, Borsieri e Frank, dei quali anche la generazione presente non ha dimenticato gli aurei precetti e la buona pratica.

Chiamato adunque in fretta a casa mia dalla madre, trovai il genitore in grave pericolo di vita, e i parenti e la famiglia nella più crudele ambascia, poichè già gli erano stati amministrati i conforti di religione. Innanzi di venire a colloquio coi medici curanti, volli esaminare minutamente il genitore, ed essere informato dalla madre, donna attentissima, dell'andamento genuino della febbre. Ed essa mi narrò che ad ogni quarto giorno al punto della mezzanotte, la febbre incalzava maggiormente col caldo, deducendolo dalla smania continua, dal rossore del viso, dalla sete insaziabile, dalla insofferenza delle coltri, dal calore generale, e dall'aumentarsi sempre più al mattino, e mantenersi viva sempre e sostenuta sino al seguente parossismo, febbre che non l'avea abbandonato mai da 11 giorni, tempo del decubito a letto.

Intervenuti i medici della cura, descritta esattamente la febbre con tutti i sintomi che presentava, l'aveano giudicata di natura gastro-inflammatoria, e come tale

aveano fatto uso del metodo antiflogistico per abbatterla. Il quale, benchè non avesse ancora arrecato quei vantaggi che aveano sperato, pure e per l'insistenza de' sintomi primitivi e per il gastricismo permanente, lusingavansi che alla perfine con qualche modificazione che fosse richiesta dal caso, l'avrebbe indubbiamente fugata.

Io allora feci rimarcare ai colleghi il periodo febbrile ad ogni quarto giorno a mezzanotte, il che indicava non essere già continua la febbre, ma intermittente; il nessun giovamento, anzi il peggioramento del male col metodo finora praticato; l'abbandono delle forze del malato che non permetteva di proseguire nella cura incominciata; la sete intensa nel principio del parossismo, e la cessazione verso la fine. Questi dati mi somministrano, dissi con franchezza, l'indizio il più sicuro, che la febbre non sia gastro-infiammatoria, benchè ne vesta tutte le apparenze, ma una quartana sotto larva di gastrica, da trattarsi all'incontro coi chinacei.

Che di tali febbri, io continuava, ne siano accadute, e ne accadano ogni qual tratto di tempo sotto anormali condizioni dell'atmosfera, è un fatto ammesso da tutti i classici, nelle cui opere veggonsi chiaramente delineate, e quantunque io non mi abbia ancora acquistato quella pratica sicura, che solo il tempo e favorevoli circostanze possono dare, pure per quella esperienza poca che ho fatto all'Università e nella Condotta sotto il dominio dell'attuale influenza atmosferica, me ne potrei quasi assicurare, ed in questo caso poi non esiterei un momento a mettere in uso lo specifico peruviano.

Non valsero le mie ragioni, per quanto a me sembrassero fondate, a rimovere dal loro proposito i due colleghi, massime il più giovane, intanto che il vecchio rimaneva intento al nostro colloquio senza proferir verbo, o far segno di approvazione. « E giacchè, con-

» tinuò il più giovane, non vedo probabilità di un ac-
» cordo, io mi ritiro, per non essere nè complice, nè
» testimonio di una cura, della quale non sono per-
» suaso, e che all' incontro ritengo dannosa, fors' an-
» che micidiale ». L' altro collega pregato a rimanere e ad assistermi, annuì per favore, e insieme, come egli si espresse, allo scopo di cerziorarsi e di istruirsi col fatto.

La cura adunque, per essere già antecedentemente stato purgato il malato, fu incominciata a dirittura col chinino a grani 12 in cartine quattro, e per sei giorni continuata, nel qual intervallo la febbre diminuì, e infine cessò del tutto. Il mio genitore al giorno 24 di malattia toccava la convalescenza, e in breve la salute, con somma meraviglia del collega assistente.

Non è da dimenticare, che dopo un mese circa questo medico mi annunciò in iscritto, di aver osservato in consulto un altro caso simile nel paese di Pralboino, provincia di Brescia, in una giovane sposa, che venne guarita collo stesso rimedio.

Osserv. 2.ª — Il Commissario distrettuale di Neparolo, sig. R., rimase preso da ugual febbre l' anno 1831 in autunno, con tipo oscuro terzano. Il medico di quella condotta G. . . . ., imprese a curarlo per una febbre gastro-inflammatoria, come ne offriva tutti i caratteri, e quindi col metodo antiflogistico, dietro il quale l' infermo cadde in tale prostrazione di animo e di forze, da credersi dagli astanti, dalla famiglia, e da lui stesso in grave pericolo di vita. La febbre serbavasi sostenuta dal principio alla fine del parossismo sino al successivo, da giudicarla quasi identica a quella detta dagli antichi continua continente. Si riproduceva ogni secondo giorno a tardo vespro nel modo il più oscuro ed impercettibile, senza dar ombra o sospetto di intermittenza.

I rimedi adoperati furono 5 salassi, sanguisughe all' epigastrio, purganti, decozioni di tamarindo, ed altre

bibite refrigeranti acidule, con dieta austera. Anche in questa febbre la sete era intensa in principio sino a metà corso del parossismo, e non scompariva affatto mai sino alla fine, per ridestarsi più viva al nuovo parossismo. Questo sintomo lo feci rimarcare al collega, ma egli non vi prestò l'attenzione che meritava, nè gli attribuì importanza di sorta.

Esposto il quadro sintomatico di quella febbre, ed indicata minutamente la cura e i rimedi adoperati, la dichiarò apertamente continua, di natura infiammatoria, e pei sintomi di saburra gastrica che l'accompagnavano, le assegnava il posto di febbre gastro-infiammatoria.

Edotto dell'influsso generale dominante da alcuni anni, per aver osservato molte di tali febbri larvate, volli prima minutamente interrogare il malato e chi l'assisteva sopra tutti i sintomi e i cangiamenti accaduti nel corso della malattia, ed informato che verso la notte di ogni secondo giorno, l'accesso aumentava con smania e sete, calor generale, insonnia e vaniloquio, e che questi fenomeni si ammansavano verso il mattino del 2.° giorno, non però affatto, per ripetersi nuovamente colla stessa intensità al nuovo parossismo, io soggiunsi che per questi particolari caratteri, la febbre non mi sembrava continua, nè infiammatoria, ma piuttosto una intermittente terzana larvata, e come tale da doversi trattare, non già col metodo debilitante, ma colla china. Opponendosi il collega con ogni sorta di argomenti al mio giudizio, per convincerlo gli addussi l'influsso epidemico dominante, l'aumento della febbre ogni seconda sera, e ciò che avrei bramato tacere, il danno notabile che avea ricevuto l'infermo dalla sua cura; essere perciò indispensabile un altro metodo per arrestarla, il che non si potea ottenere che col chinino.

In onta alle addotte ragioni, il collega si schermiva con ogni sorta di pretesti, per cui riconosciuto impos-

sibile ogni accordo, dissi alla famiglia, che spedisse tosto a Cremona per altro medico, acciò esaminato l'infermo, vagliate le singole opinioni, si venisse a stabilire una cura, che fosse a tutti di soddisfazione, di conforto e salute al malato. Ma sia che l'infermo avesse consultato sè stesso e la famiglia, sia che temesse la tarda venuta del medico, impossibile sino al mattino seguente e ad ora tarda, o fosse stato persuaso più dalle mie ragioni, che di quelle del collega, mi ingiunse di intraprendere la cura a modo mio, persuadendo il collega ad unirsi meco nel praticarla.

Ricorsi allora al chinino alla dose di 12 grani, consumati quella stessa notte, e ad altrettante dosi per 5 giorni di seguito, scorsi i quali la febbre era cessata del tutto, ed al 25.° giorno dal principio della malattia, il signor commissario riprese il suo ufficio.

Vengo ora con una terza osservazione, la quale dimostrerà che il dominio di quella febbre non era ristretto nella piccola sfera della mia condotta, ma si estendeva al di là, ed in luoghi posti a qualche distanza.

Osserv. 3.ª — T. B., figlia dell'oste di S. A., donna ancora in bella età (anni 31) e conjugata, di temperamento robusto e sanguigno, si ammalò l'anno 1830 in Vescovato, mentre si trovava in casa de' suoi parenti, e fu presa in cura dal dottor condotto C..... La febbre sul nono giorno divenne grave e pericolosa; perciò allarmati i genitori ed i parenti, mi pregarono di conferire col medico della cura, onde combinare un metodo terapeutico, che assicurasse la salute dell'inferma. Portatomi quindi in Vescovato, ed entrato prima nella casa del collega, gli esposi il motivo della mia comparsa.

Accolto graziosamente da lui, mi informò egli di ogni sintomo di quella febbre, e del trattamento usato. Disse che era esordita senza pregressa indisposizione, e quasi ad un tratto, ma con molta veemenza, che d'allora in

poi non avea punto diminuito di intensità, che anzi le si erano aggiunti alcuni sintomi particolari, che la facevano temere esiziale.

L'apparato fenomenologico era sempre quello di una febbre gastro-infiammatoria, quindi smania, veglia quasi continua, cefalea ricorrente, sete intensa, anoressia completa, lingua intonacata di patina giallastra, tendenza al vomito, stitichezza, polsi molli frequenti, e negli ultimi giorni vaniloquio nella notte del parossismo. Aggiunse di averla assalita con salassi, con sanguisughe all'epigastrio e al capo, purganti eccoprotici con l'aggiunta del tartaro stibiato, bibita antiflogistica e dieta. Recatici ambidue dalla malata, essa mostravasi pallida assai, segno insolito nella sua fisonomia sempre rosea e vivace; anoressia, lingua sporca, tosse secca e rara, polsi frequenti, molli e vuoti, pelle calda, arida, voce bassa, ecc.

Interrogata l'assistente che la vegliava nella stessa camera, e che non erasi mai staccata da lei, come avesse decorso quella febbre, e decorresse tuttora, quali cangiamenti presentasse lungo la giornata, rispose che ogni sera a tarda ora la febbre aumentava con molta sete ed inquietudine, ma senza freddo; che nel mattino continuava forte sempre, il che comprendevasi dalla sete, dalla accensione del volto, e dalle smanie, senza mai diminuire sino alle ore 4 pomeridiane, nel qual momento calmavasi anche la sete, per riaccendersi più tardi come le altre sere; che da qualche notte la paziente avea incominciato a vaneggiare nei suoi brevi sonni, e alcun tempo anche dopo svegliata, che lagnavasi sempre di oppressione di respiro e che sotto le escrezioni alvine era presa da deliquio.

Nessun motto feci al collega in quell'istante del mio giudizio sulla natura della febbre, e dopo alcuni discorsi intorno alla cura istituita a convenienza, ed altre pro-

poste velate sul da farsi, escimmo della stanza colla promessa di presto ritornarvi.

Appena fummo soli, esposi francamente la mia opinione sull'indole della febbre, e sul trattamento che essa a parer mio richiedeva. Non ricordo bene le strane meraviglie eccitate dall'esposto giudizio, e tutte le opposizioni poste in campo per convincermi del contrario. Questa febbre, pronunciò francamente il collega, è continua, non intermittente; la sua natura è gastro-saburrale flogistica, e non altrimenti, giacchè niuno arriverà mai a persuadermi diversamente, nè a trattarla con metodo opposto a quello da me già intrapreso. E chi osasse in questo caso adoperare la china, non farebbe che aggravare ed accendere la febbre (opinione allora di molti che la china fosse stimolante), e quindi sagrificare una vita che si può salvare.

Dopo molti ragionamenti pro e contro cotesto argomento, non fu possibile di addivenire ad un accordo, ond'io gli proposi, forse con troppa imprudenza, di accettare sopra di me tutta la responsabilità della cura, tanto mi credeva sicuro del fatto mio.

Una proposta così franca e ricisa fece molto senso sull'animo del collega, il quale, stupito del mio ardimento, convinto del mio carattere e della mia sincerità, d'altro canto considerato che una più ostinata opposizione potea mettere a repentaglio il suo onore, e in pericolo la vita della malata: « Ebbene, rispose, giacchè » vedo in te tanta persuasione, prescrivi secondo i tuoi » pensamenti, ed io sarò fedele esecutore delle tue or» dinazioni ». Amministrato quindi il chinino a 12 grani al giorno in polvere, per soli quattro giorni di seguito, perchè la signora B. pel rapido miglioramento sospese da sè le ultime due dosi, essa acquistò in breve la salute, e fece ritorno alla sua famiglia che l'accolse giuliva in seno.

Ho esposto le tre annunciate istorie, non per disdoro de' medici che, fuorviarono nella cura, ma per dimostrare ai colleghi la necessità di non porre in non cale lo studio delle costituzioni morbose atmosferiche, sì frequenti e prolungate talora da percorrere una serie d' anni, come verrà dimostrato parlando diffusamente dell' ultima attualmente dominante, in cui ci troviamo da 16 anni.

Tale studio non solo apre alla mente nostra e della gioventù medica la giusta via per conoscere molte occulte cause morbose, che generano speciali malattie, ma l' abituano altresì ad indagini più recondite e severe sopra le infermità che sogliono dall'atmosfera provenire. Come delle umane cose, mutabili sempre all'infinito, così suole accadere della atmosfera e delle meteore, e delle condizioni climatologiche della zona terrestre da noi abitata; le cui variazioni ed influenze importa assai di conoscere, onde saper apprestare con maggior sicurezza quei soccorsi dall' indole speciale della costituzione richiesti.

Così accadde di quella febbre larvata, la quale del resto non isfuggì a tutti i medici che ebbero occasione di osservarla ed assisterla, ed anzi fu da taluni riconosciuta agevolmente. Queglino stessi che si mantennero più a lungo dubbiosi sulla sua natura, poterono convincersene dappoi, curandola felicemente colla china-china.

Le tre osservazioni presentate mi sembrano più che sufficienti a dimostrare la subdola natura della febbre in discorso, e insieme i fenomeni sotto i quali si nascondeva all' occhio dei curanti. Promiscuamente a tali febbri, altre pure dominavano della stessa forma e natura, e diversamente complicate, ed anche legittime intermittenti, le quali non sembravano intieramente sottratte alla costituzionale influenza, che maltrattava gli abitanti dell'inferiore provincia Cremonese, ed esse pure obbedivano, tolte le complicazioni, alla china.

Oltre le accennate febbri di primavera, altre se ne aggiunsero in estate di diversa forma ed indole, che imponenti nella loro invasione, cedevano all'emetico, allorchè vi era manifesta saburra gastrica, e al salasso. Ma quando non cedevano a questi due sussidii entro le 40 ore, come sogliono decorrere le effimere, che in tutto le simulavano, assumevano un corso continuo o infiammatorio, o gastrico, o nervoso. Nel dubbio che la maggior parte fossero veramente effimere, e potessero cessare da sè dopo le 24 o 40 ore, volli curarne alcune coi soli purgànti, e coi decotti antiflogistici, e in caso di imbarazzo gastrico, col solo emetico, o come vomitivo, o come alterante purgativo; ma dovetti convincermi dopo replicate prove, che questo non era il più sicuro trattamento, giacchè poche e rare erano le effimere, molte le continue gastriche inflammatorie, e anche nervose, onde mi trovai pentito di non averle trattate col salasso e coll'emetico, unica medela richiesta per arrestarle.

Nella stagione invernale prevalevano sempre le malattie flogistiche, e principalmente le polmonie, le pleuropolmonie, le pleuriti, le bronchiti, le catarrali, le angine, le febbri reumatiche e le artritiche, e non era raro il caso di scorgere una remittenza nei dolori pleuritici, o artritici, e di cogliere quindi l'indicazione della china, la quale troncava la malattia come per incanto, mentre laddove la remittenza mancava, e i sintomi erano continui, occorrevano i salassi, ed ogni sorta di debilitanti.

L'inverno nel quale abbondarono maggiormente le polmonie, fu quello del 1829 al 30, stagione freddissima, nella quale il termometro si abbassò al 10.° grado sotto il zero, e alternò quasi sempre tra il 7.° e il 9.° senza mai innalzarsi, al contrario del verno precedente che fu mite, secco, spesso sereno, quasi senza ghiaccio e brine. Sotto

quella rigida temperatura accaddero moltissime pleuro-polmonie, da produrre in alcuni malati la morte al 3.° o 4.° giorno di malattia. I vecchi e le persone affette di asma e di catarro cronico bronchiale, di rado poterono sfuggire alla morte. Nell'inverno antecedente le malattie flogistiche furono tutte miti, cedevoli alla cura, e in gennajo e febbrajo eransi osservate delle intermittenti legittime proprie della stagione autunnale.

L'ultima febbre larvata fu da me notata nel dicembre 1832 in una giovane contadina di 17 anni non ancora menstruata. Essa decorse sotto forma di saburrale, con tosse secca e frequente; sulla fine dell'accesso, cessando la sete e la tosse, il parossismo riprendeva la stessa intensità. Questi soli sintomi bastarono a rivelarmene l'indole, e venne fugata col chinino.

Trascorsa la enunciata costituzione, le infermità assunsero a poco a poco la forma e la natura ordinaria, nè più in seguito si osservarono di simili febbri, a talchè allorquando mi occorse qualche caso dubbio, e volli sperimentare il chinino, rimasi deluso.

Nell' autunno poi di quello stesso anno ebbi ad assistere in Villa Rocca due casi di perniciosa cholerica, i quali sembravano prenunciare quella terribile epidemia, che ci sorprese quattro anni dopo, e misero in molta apprensione la nobile famiglia Castelbarco, che là appunto trovavasi a villeggiare e si disponea a partire o per Cremona o per Milano, se non fosse stata assicurata a rimanersi, che il cholera distava ancor molto da noi, mentre quelle febbri erano sporadiche, o miasmatiche, solite a comparire sulla fine dell' estate e in autunno, perchè in paese prossimo a risaje e a terreni bassi e paludosi situati sulla destra sponda dell' Oglio.

La maggior parte di noi può ancora rammentare le stragi che il cholera menò sulle popolazioni lombarde l' anno 1836. Questa malattia, trovando rilasciate le di-

scipline sanitarie, e aperto l'adito, e quasi impreparati i medici, passò sopra queste belle contrade, lasciandovi traccie rovinose e mortali, senza che verun ostacolo vi opponesse il Governo.

E giacchè son giunto a parlare di questo flagello, il quale quantunque studiato con tanta alacrità da uomini chiarissimi nostri e stranieri, sembra tuttora coperto di densissimo velo, chiedo venia, se ardisco di proferire la mia debole opinione riguardo alla sua natura contagiosa o meno, ed esporre francamente quel poco che ho raccolto nelle tre epidemie da me osservate, del 1836, 1849 e 1855, di utile per la sua cura.

Dietro le più attente osservazioni, mi sembra fuor di dubbio che il cholera sia un morbo eminentemente contagioso, benchè ciò abbia dato luogo a contrasti infiniti. Tenendo dietro a' suoi passi, si può tracciarne l'itinerario, da uno ad altro luogo, da una ad altra città, scorgendone le orme impresse nei paesi e nelle ville intermedie, e quasi di casa in casa, di tugurio in tugurio.

Tutti fummo testimonì di un fatto, che quando il cholera arriva ad introdursi in una casa, o in una contrada, è raro che non si appigli ad altro individuo della stessa famiglia, oppure non si apprenda ai vicini, e così estendendosi per qualche tratto, non ne colga diversi. Il che prova il diffondersi la malattia secondo gli umani contatti e commerci, e quindi la sua trasmissibilità.

Nel piccolo comune di Canova-Olzano, di circa 300 anime, accadde il primo caso di cholera sulla fine di giugno 1836, quando già infieriva crudelmente in Soresina, e fu in un contadino, che andando e ritornando ogni giorno a provvedere in questo borgo per sè e per altrui, venne côlto un dopo pranzo dal cholera. Chiamato in fretta in quel paese, dove nulla si era disposto per tale calamità, sciegliemmo col primo deputato a locale provvisorio l'abitazione del custode della chiesa, che consisteva

a piano terreno in una cucina abbastanza vasta e aereata con a lato un angusto e basso stanzino che serviva di cantina, e al piano superiore in una sola stanza grande tutta ingombra di legna, di paglia, e di suppellettili, con un letticciuolo logoro e sudicio, illuminata da due buchi quadrati e ristretti, da non mandare nè luce nè aria a sufficienza. Allestiti in fretta due letti, uno pel malato, l'altro per i due infermieri, li posammo nella cucina, e provveduto l'occorrente per le medicine e pel vitto, adagiammo il malato nel suo letto, prescrivendo agli infermieri di non alterare in verun modo il disposto, di assistere l'infermo come loro veniva ordinato, di eseguire le frizioni, e di apprestare a cucchiai una mistura anodina.

Tornato il mattino ad Olzano, viddi con meraviglia alterate le disposizioni del giorno addietro. Il malato, per maggior comodo degli assistenti, era stato collocato nella cantina col suo letto, intorno al quale non era possibile girare liberamente per la medicazione. Rimproverati gli infermieri dell'atto arbitrario, ed avvertiti che quello era il vero modo di pregiudicare al malato e a sè stessi, venne subito levato l'infermo da quel luogo e riposto nella cucina, ove per due ore lo feci assistere alla mia presenza con un bagno, frizioni irritanti sopra varie parti del corpo e mattoni caldi avvolti in panno lana a lato delle coscie e delle gambe, e colla somministrazione della mistura a cucchiai, dopo di che me ne partii. Alla visita del dopo pranzo lo rinvenni nel massimo stato di gravezza, cioè nella cianosi e nel coma, e verso sera spirò. Non passati tre giorni, i due infermieri vennero presi quasi simultaneamente dal cholera, sotto il quale uno soccombette, superandolo l'altro più per prodigio di natura che dell'arte. E chi dietro questo fatto potrebbe negare il contagio al cholera? Lo giudichi il lettore.

Introdottosi per tal modo il cholera in quel Comune,

colpì in 8 o 10 giorni più di 60 persone. In una delle cascine che fu maggiormente visitata dal morbo, per essere entrato lo spavento negli abitatori, si videro successivamente attaccate le varie famiglie, in altra delle quali composta di 8 individui, un solo fanciullo di 8 anni fu salvo. Singolare poi fu l'osservare che durante il dominio della epidemia, non apparisse altra morbosità sporadica o stazionale all'infuori del cholera.

Che poi la materia infezionante o contagiosa sia costituita di sporule, di alghe, di funghi, di vibrioni, come vorrebbero il prof. Thomson di Londra, Pacini di Firenze ed Emiliani di Roma, oppure provenga dalla evaporazione del liquido diarroico, o dalle sostanze emesse per vomito, o dall'alvo, non che dal sangue o dalla traspirazione cutanea, ciò deve formare oggetto di ulteriori indagini, quantunque al presente tali concetti si diano da molti per positivi.

Da quanto raccolsi nelle tre epidemie cholerose alle quali ho assistito nel 1836, 1849 e 1855, mi sono convinto, che il miglior momento di curare il cholera, e fors'anche, se non in tutti i casi, in molti però di arrestarlo, è nella diarrea premonitoria, la quale avverte il paziente che il morbo sta per investirlo. Il non rimediare prontamente a questo flusso e, quel che è peggio, aumentarlo improvvidamente con cibi o bevande, a cui il popolo facilmente si abbandona, è il lasciarlo in balìa di sè stesso, è favorirlo ed accrescerlo, e quindi lasciarlo progredire al vomito, e ai crampi, agli stadj più infrenabili e fatali della malattia.

L'arrestare la diarrea cholerosa non è opera difficile, purchè il malato si privi di ogni cibo e bevanda pel tempo necessario, il quale non è più lungo di cinque o sei giorni, o anche minore, se viene sussidiato con una mistura anodina presa ò cucchiaj in principio ad un'ora di distanza, e a norma che il flusso diminuisce,

ad ogni due o tre ore, il che accadè dopo il secondo o terzo giorno. Arrestata la diarrea, si somministrano prima con mano sospesa dei brodi di vitello o di pollo per un giorno, indi dei pantriti, dei vermicelli, salendo alle zuppe, alle minestre, alle carni, fino a che la funzione digerente non siasi affatto ristabilita.

Devesi avvertire che se i tormini ventrali, le scariche alvine, avessero a ricomparire, si dovrà tosto riprendere la cura e la dieta, attendendo maggior tempo per concedere di nuovo cibo e bevanda. In questa malattia tollerano i malati la dieta, più che in qualunque altra, e non ho veduto mai alcun sinistro accadere, per quanto sia stata rigorosa e lunga.

Restituito alla salute, l'individuo dovrà per alcuni giorni ancora usare una regola severa, astenendosi dai cibi indigesti, dalle verdure, dalla frutta, dalle carni salate, ecc., che potrebbero promuovere facilmente una irritazione enterica diarroica o dissenterica. Questa misura serve intanto a sopire la morbosa sensibilità della membrana villosa intestinale e del plesso solare, il quale sembra il più compromesso nel cholera.

Ma nel basso volgo, che è anche il più soggetto alla malattia pel vitto pravo e pei disordini che suole commettere, l'ottenere siffatta privazione non è facile compito. Quel senso di languore, di sfinimento, i tremori negli arti inferiori e la debolezza generale che tien dietro alla grave perdita intestinale, suscitano un forte bisogno di riparazione, che soddisfatto innanzi tempo o soverchiamente, è causa di gravi successioni morbose.

Alcuni asseriscono, che il cholera insorga talvolta senza diarrea premonitoria, il che limiterebbe alquanto il valore del metodo da me raccomandato. Si parlava sin dal 1836 di cholera secco, ossia senza diarrea, e ne hanno discorso i nostri antichi, diligentissimi in ogni ricerca diagnostica. Io stesso ho ricevuto allo Spedale

provvisorio di quell' epoca dei cholerosi spediti dai medici di fuori sotto questo nome. Essi mi giungevano nel cholera compiuto con stitichezza. Interrogati i parenti se realmente sapessero che quei malati erano caduti nel cholera ad un tratto e senza diarrea, da alcuni udiva confermarlo, da altri porlo in dubbio, e furonvi anche di quelli nei quali la diarrea era stata breve e taciuta.

L'anno 1855, non trovandomi impegnato nello Spedale provvisorio, e raccogliendo i malati per ispedirveli, potei osservare alcuni casi di cholera pronto e grave, che sembravano confermare l'esistenza del cholera secco, ma indagati scrupolosamente i casi tanto sui malati stessi che sui parenti, memori dell'accaduto, venni in taluni a sapere di certo che la diarrea più o men breve non era mancata dopo qualche cibo o bevanda, che però il male era cresciuto ad un tratto con vomiti, crampi e stitichezza.

Io non impugnerò giammai, che il cholera non possa nascere senza diarrea, giacchè anche il dott. Molden a Parigi (« Annali universali ») ne ha osservati diversi esempii nello Spedale di S. Antonio, e sarebbe un contrastare dei fatti da uomini rispettabili osservati. Dirò soltanto che trovandosi il medico assente alla comparsa della diarrea o del cholera, deve riportarsi a relazioni spesso incomplete, che non ponno assicurarlo sui precedenti. Ammesso pur reale il fatto del cholera secco, deve essere certamente assai raro, e il metodo suggerito ad arrestare la diarrea a prima giunta e speditamente, deve tornar utile alla maggior parte dei pazienti.

Per non dilungarmi di troppo sopra un argomento estraneo a questo scritto, riporterò soltanto alcuni fatti fra i molti che ho raccolti nell'assistenza dei cholerosi.

In una famiglia alla quale era morto dappresso un choleroso da 4 giorni, una donna vien presa insieme ad una sua figlia malaticcia di 12 anni, da diarrea cho-

lerica, indicata dalla frequenza delle scariche, dalla fluidità torbida e chiara di quell' escremento, quasi inodoro, e da altri caratteri speciali. Impongo ad ambedue la dieta assoluta, ossia la privazione del cibo e delle bevande, e prescrivo una mistura di oncie 4 di acqua di camomilla e goccie 50 di laudano da prendere ad un cucchiajo ogni ora, e diminuendo la diarrea, ad un'ora e mezza, a due e tre ore, non senza avvertirle del pericolo se declinavano dalle mie ordinazioni, ed ambedue al 7.° giorno erano salvate.

Un individuo di una certa educazione, ma imprudente nei suoi atti, posto nel mio spedale provvisorio a sorvegliare gli infermieri ed assistere i malati nella flebotomia e all'esatta distribuzione dei medicamenti, vien preso un giorno di luglio 1836 verso sera dalla diarrea cholerica. Chiamato ad osservare il fluido emesso, e dichiaratolo molto sospetto, gli ordinai la cura prescritta alle due donne sopra notate, avvertendolo del pericolo in cui poteva incorrere, se trascurava le mie prescrizioni. Alla sera, varcati i cancelli dello steccato, dal quale era circondato e chiuso il mio spedale, in compagnia di un chirurgo suo amico sig. Giovanni Clementi, si reca ad una locanda, dove mangia pochi vermicelli e qualche biscotto nel vino da bottiglia. Alle 12 di notte sono svegliato dal capo infermiere per un choleroso che sta male e desidera la mia presenza. Era lui, e quando lo vidi e m' accostai, trovavasi già nel secondo stadio del vomito e dei crampi. Sollecito allora tutti i mezzi esterni ed interni valevoli a soccorrerlo: bagno generale, frizioni di linimenti irritanti, frizioni secche dopo due ore con spazzola sopra tutte le parti del corpo, senapismo alla regione ipogastrica, pillole di bismuto e oppio, dieta assoluta. Tutto venne eseguito con precisione, ma alle 9 ore del mattino non era più.

Un uomo presso ai 60 anni mi fece chiamare con sol-

lecitudine presso al mezzogiorno; era affetto da diarrea cholerosa, che potei osservare, e sua moglie mi disse che avea evacuato l'alvo più di 60 volte in due ore, e che non faceva altro che bere. Era alzato e stava per mangiare una panata preparata al momento dalla moglie, le quale lo consigliava a cibarsene. Gli impongo di astenersene; ma la moglie sperando di ristorarlo della debolezza che lamentava, persiste a persuaderlo di pascersene. Io allora dissi al malato: « se cedete alla moglie in breve sarete choleroso del tutto ». Prescrivo la dieta assoluta e una mistura anodina, indico il modo di servirsene, rinnovo l'avvertimento e me ne parto. Dopo due ore piombava nel cholera spiegato ed alle ore 11 di notte era cadavere.

Premendomi di sapere come i miei ordini fossero eseguiti, interrogai dopo qualche giorno un figlio presente alla mia visita, e mi rispose che quella panata era stata mangiata soltanto in parte per mancanza di fame, e che la mistura non era stata provveduta. È inutile che insista a riportare altri casi per convalidare i sopra allegati. Chi avrà fatte le stesse osservazioni, ne sarà convinto.

Oltre essere indispensabile la dieta assoluta nella diarrea premonitoria, è parimenti necessaria nel cholera confermato; altrimenti il vomito insiste di nuovo, la diarrea aumenta, i crampi investono le estremità, la cute si annerisce, le unghie si fanno cerulee, l'infermo si assopisce, un gelo marmoreo si impossessa di tutto il corpo, i singulti frequentano e la vita dell'infermo a poco a poco si estingue.

Ho osservato alcuni cholerosi, riavutisi da quel letargo di morte, e porgenti indizio favorevole di guarigione, i quali per essersi posti tostamente a mangiare, sperando di ricuperare più presto le forze, ricaddero nel male, e vi perderono per ignoranza la vita.

Ho letto essere stati suggeriti da alcuni i purganti nel cholera. Quanto a me non trovo una ordinazione più inconsulta di questa, perchè l'organismo trovandosi abbattuto ed alterato dalle precedenti scariche, non ponno esse che favorire e sollecitare quella pericolosa irritazione intestinale, che soltanto la dieta e i sedativi valgono a calmare. Tutt'al più potrebbero essere indicati nel cholera secco, ma anche in questo caso preferirei sempre i clisteri.

La cura del 2.° e del 3.° stadio, se presenta qualche diversità con quella della diarrea premonitoria, deve consistere nella maggiore attività dei rimedi interni ed esterni, principalmente degli ultimi. Però bisogna convenire, che poco o nulla abbiamo di che lusingarci tanto degli uni che degli altri. L'azione letifera del cholera pare schernirsi di ogni metodo e di ogni rimedio e non avvi impedimento che la arresti, se non vi concorre lo stesso organismo con una reazione salutare, cioè quella forza medicatrice della natura sì scarsamente valutata al dì d'oggi dai ministri d'Igea.

A giustificazione della nostra impotenza troviamo, che nemmeno i medici inglesi ed indiani, testimoni della sua origine, ci sanno indicare un metodo o un rimedio che valga ad abbattere il cholera. Nato nel Delta del Gange, scorrazzò nel principio di questo secolo non solo l'Asia e l'Europa, ma l'Africa e l'America, e tutto il mondo conosciuto, seguendo le grandi vie commerciali e le carovane nel deserto, e dovunque si è esteso, non ha trovati ostacoli, nè discipline, nè medele che l'abbiano arrestato, se non dopo essersi estinto da sè.

Per quanto consta dalle relazioni avute sulle cura del cholera, risulta che tanto l'acido fenico proposto dal prof. Pacini di Firenze, quanto il cloruro di carbonio del prof. Tommasi, e i solfiti del prof. Polli di Milano, e tanti altri rimedii vantati sin qui da diversi autori, benchè non manchino ciascuno dei loro successi, nulla finora han dato

di positivo, da poterli adoperare con fiducia nel cholera asiatico.

Nondimeno tutti questi tentativi sono da incoraggiare, potendo un giorno o l'altro venir scoperto uno specifico o un rimedio atto a guarirlo, giacchè, come ben disse tempo fa un celebre medico francese, essendo il cholera una malattia specifica, deve anche avere il suo rimedio specifico. Così le moderne ricerche microscopiche sul contagio cholerico non sono da spregiarsi, perchè giunti ad assicurarci della sua natura, ossia dei materiali elementi che lo compongono, potremo con maggior fondamento scoprire i mezzi per dissiparli e distruggerli.

Ma basti di sì triste ed umiliante argomento. Lasciamolo più diffusamente trattare da altri esperti più di noi, e a maggior portata di sviscerarlo, come i medici inglesi e indiani, per trovarsi sul campo delle osservazioni, e sorvoliamo sopra un'altra epidemia costituzionale, nella sua generale apparenza non contagiosa, detta grippe dagli inglesi e francesi, da noi costipazione o raffreddore o bronchite epidemica, che si apprende tenacemente alla testa, alla gola, o al petto, con tosse aspra, ovvero a tutte tre quelle parti insieme, congiunta a somma spossatezza di corpo.

La grippe da me osservata era di un grado comunemente leggiero e di corso breve, benchè non si limitasse sempre a quelle tre località. In alcuni casi furono attaccate le tonsille, le fauci, la trachea, i polmoni e le meningi. Però rare vittime fece quel male, nè arrecò molta apprensione nel popolo. Il suo miglior metodo curativo era l'antiflogistico moderato e il sudorifero, qualche volta il sanguisugio alla gola o alle tempia, pochi salassi a togliere le diverse congestioni, bibite mucilaginose all'interno, blandi purgativi e qualche rivellente.

Grande fu il numero degli individui a cui si apprese cotesto male, ed in alcune regioni ne furono còlti la mag-

gior parte simultaneamente e in breve tempo. I giovani erano a preferenza assaliti, benchè non vi fosse età nè sesso da lui risparmiato. La sua durata non fu più lunga di quattro mesi.

Dalle notizie fornite dai giornali medici, sembra che fosse pervenuto dall'Inghilterra, dove si sarebbe mostrato grave, ed in alcuni casi anche funesto. Entrato in seguito in Francia, l'avrebbe attraversata lasciando molte orme di sè, non però lagrimevoli, come nella sua culla. Finalmente discesa in Italia, parve quasi destituita di ogni gravezza, da non meritare una paurosa ricordanza.

(La fine nel prossimo fascicolo).

Osservazioni chirurgiche *del dott.* **BERNARDINO LARGHI**, *Chirurgo Capo presso l'Ospedale Maggiore di Vercelli.* (*Continuazione della pag.* 368 *del vol.* 200, *fasc. di maggio e giugno* 1867).

VI.

Antica ernia crurale sinistra intestinale, libera, incarceratasi; falliti tentativi di riduzione coll' antica taxis; non potuto eseguire sfiancamento sovracutaneo del ligamento del Gimbernat; incisione dei varii strati velamentari del tumore; incisione limitata del sacco peritoneale; sfiancamento sottoperitoneale dell' anello costrittore, riduzione dell' intestino ernioso; sutura dei margini cutaneo-cellulosi dell' incisione; pronta cicatrizzazione delle parti incise; celere guarigione; considerazioni.

Liomazza Maria, contadina, d'anni 42, da Palestro, proveniente dallo stesso luogo, è accolta nell'Ospedale maggiore degli infermi di Vercelli ai numeri d'ordine generale 1254 e del letto 92 nella sera del 4 settembre 1864; è operata il 5 settembre alle ore 8 antimeridiane; ed esce compiutamente cicatrizzata l'incisione il 17 settembre 1864.

Settembre 5, *ore* 7 *antimeridiane.* — È questa la prima volta che visito l'inferma, la quale narra essere da lungo tempo affetta da tumore uscente ed entrante liberamente alla regione superiore anteriore della coscia; che nel mattino antecedente fuorescito quello, non potendo più farlo rientrare, mandò tosto pel chirurgo, il quale, tentata invano la riduzione riescitagli altre volte, si fece premura di farla trasportare all'ospedale.

Riconosco il tumore essere più grosso quasi d' un ovo di gallina e sentendolo dotato di massima elasticità, faccio diagnosi di ernia crurale intestinale non accompagnata da omento. Singhiozzo e vomito di materie fecali martoriano l'inferma, i polsi non sono minimi, chiuso è l' alvo. Tentai ridurre l'ernia colla antica taxis, ma dessa eminentemente elastica respinse i maneggi di compressione fatti intorno e contro di lei e non cedette nè punto nè poco. Tentai di sfiancare l'anello del Gimbernat, ma non mi fu possibile sentirlo, quantunque colla più grande diligenza girassi colla punta del pollice intorno alla parte superiore ed interna del tumore; perciò tornati inutili i tentativi coll' antico e col nuovo metodo di riduzione, determinai di ricorrere all'istante al taglio.

Fu mio divisamento che l'incisione si estendesse egualmente a destra ed a sinistra del tumore, posto a traverso ed un pò obliquamente all' asse della coscia, e quasi parallelo all' arcata crurale; esso venne così a trovarsi nel bel mezzo dell'incisione della cute, sollevata prima in forma di piega perpendicolare al tumore, fu poi quella prolungata a mano sospesa all' indentro ed all' infuori. Colle forbici condotte sul solco della sonda furono incisi i varii strati del tumore, ed il sacco peritoneale, lasciandone intatta la porzione interna e superiore. Inciso il sacco, comparve l'intestino ernioso nero ma senza abrasione visibile ad occhio nudo. Cercai col pollice destro di penetrare fra l' anello costrittore ed il budello, e mi fu dato di penetrarvi un pò all' indentro verso il cielo dell' anello costrittore, ed in questa direzione spinto il pollice oltre l' anello, lo sfiancai, e potei quindi fare la riduzione dell' intestino. Apposi quattro punti di sutura intercisa con filo di lino ai margini cutaneo-cellulosi dell' incisione, e conveniente apparecchio comprimente sostenuto da fasciatura a spiga. Prescrissi vino nero grammi

400 con dieci goccie di laudano, ed un grammo e mezzo di gialappa per clistere. Nella sera l'inferma non è ancora andata di corpo, ma i suoi polsi sono rialzati, ed è ridente la di lei fisionomia.

Settembre 6. — L'inferma non è ancora andata di corpo, si ripete il clistere, non ripeto più il vino col laudano. Dò il quarto del vitto in continuazione.

Settembre 7. — Nella notte antecedente l'inferma andò di corpo, i margini dell'incisione sono approssimati, ed un pò risipelatosi, estraggo il filo esterno ed il filo interno.

Settembre 8. — Escono alcune goccie di pus dai seni dei fili e fra mezzo all'incisione, minore è la risipola.

Settembre 9. — Tolgo i fili centrali, esce un pò di suppurazione dal centro dell'incisione.

Settembre 10. — La suppurazione è un pò maggiore, è di color grigio, ed ha odore di materie fecali; l'inferma di poi che si sciolse il ventre andò sempre regolarmente di corpo ogni dì, la suppurazione diminuì sempre più, si presentavano solo alcune goccie di suppurazione inodora nel giorno 13 settembre; completata la cicatrizzazione nel giorno 16 settembre, l'inferma abbandonò l'ospedale nel giorno successivo.

Considerazioni ed analisi dell' atto operativo.

Riusciti inefficaci i tentativi di riduzione coll' antica taxis, non potuto eseguire lo sfiancamento sovracutaneo dell' anello costrittore praticati nel primo istante che visitai l' inferma, subito subito ricorsi al taglio. L' áncora di salvezza sta nel bene, ma puranco nel prontissimo operare.

È la prima volta dopo il 1856, dalla quale epoca pratico lo sfiancamento sovracutaneo dei cingoli costrittori, che mi sia occorso di non avere potuto sentire l'anello del Gimbernat, ed è pure la prima volta d' allora in poi che io sia stato obbligato ad operare un' ernia crurale incarcerata col taglio. L' estremità del mio pollice destro era ancora convalescente di recente pate-

reccio, e rinnovamento dell' unghia, per ciò forse non si prestava convenientemente al delicato ufficio: forse anche l' intestino ingrossato nelle sue pareti, e gonfio pei gaz contenuti nella sua cavità, copriva di troppo ed oltrepassava l' anello crurale, ed impediva l' approccio al cercine costrittore.

Praticai una larga incisione dall' esterno all' interno dell' arcata crurale, campo lungo e largo è campo spiccio e sicuro. Scoperto l' intestino, e visto che per la sua condizione dovea essere introdotto, tentai di ridurlo prima colla compressione; non avendo potuto ridurlo con questa, doveva ricorrere allo sfiancamento sottoperitoneale del legamento del Gimbernat, o porzione prossima dell' arcata crurale, il che fu fatto col pollice mosso dall' avanti all' indietro, e dall' esterno all' interno: risparmiai così di ricorrere allo sfiancamento mediato colla leva, ed allo sfiancamento coll' indice vôlto ad uncino verso l' arcata crurale, mezzi più complicati; risparmiai pur anco il taglio del legamento del Gimbernat, che è sempre sicura cosa evitare nell'ernia crurale strozzata. Sono circa diciotto anni che cominciai ad operare lo sfiancamento sottoperitoneale nell' ernia crurale, mentre adopero solo dal 1856 il metodo dello sfiancamento sovracutaneo nelle ernie inguinali e crurali. Non il più piccolo inconveniente sorse a disturbare il buon esito della cura, due giorni dopo l' atto operativo l' inferma aveva il quarto del vitto, non vi fu febbre, ai primi di novembre la rividi; facendola tossire sentivasi contro la cicatrice fortissimo l'urto del retroposto budello.

La suppurazione sempre poca, putì per alcuni giorni di materie fecali, alla vista ed all' odorato porzione di esse era frammista al pus. Visitai l' inferma un anno, e due anni dopo l'atto operativo, facendola tossire sentivo distintamente l'intestino gonfio e ripieno di gas, aderente alle pareti del ventre; intestino e pareti addominali for-

manti un corpo solo sentivo aderenti alla cute, onde la gangrena parziale dell' intestino e l' aderimento di questo divennero due fatti accertati.

Nella peritonite, il peritoneo che veste le pareti addominali, e quello che copre i visceri si trova nella condizione più opportuna che sia possibile per contrarre adesioni; nei morti per questa malattia noi vediamo soventi tutti gli intestini tenui o parte di essi adesi fra di loro, talvolta sono agglutinati all' omento, tal' altra intestini tenui e grassi aderiscono al peritoneo parietale, linfa plastica copre tutti i visceri, ecc. In questi casi il peritoneo delle pareti addominali, ed il peritoneo viscerale è diventato, mi si permetta il motto, glutinoso, appiccaticcio, è caduto il velo superficialissimo di esso (probabilmente la porzione superficiale dell' epitelium pavimentoso dei microscopisti).

Nel caso di ernia strozzata abbiamo peritonite viscerale, sovente anche peritonite parietale, sono adunque presenti tutte le condizioni favorevoli per l' adesione degli intestini erniosi fra di loro, ed alle pareti addominali. Quando l' intestino è diventato nero come il carbone e prossimo a gangrenarsi, è ancora glutinoso ed appiccaticcio, e voi lo sentite appiccicarsi alla vostra dita che tentano riporlo nella cavità del ventre. Talmente forte è questa facoltà adesiva, che non cessa neppure per la gangrena dell'intestino. Già dessa ha invaso la tonaca mucosa, e la tonaca muscolare, ma salvo è ancora da morte il peritoneo per il suo tessuto *congiuntivale*, onde ancora potente la di lui facoltà adesiva. Cessata completamente la vita, l'escara ancora è glutinosa ed appiccaticcia, e siccome strato di gomma e di colla può appiccicarsi ed agglutinarsi alle pareti addominali; quando poi l' escara si stacca per intiero e cade nell' intestino, le parti prossime all' escara rigogliose già si sono compiutamente aderite al peritoneo delle pareti dell' addome. Tal-

volta, quantunque ciò accada ben più di rado, la porzione gangrenata del budello si appiciccò ad altra prossima dello stesso budello e con essa contrasse salvatrice adesione. Per questo meraviglioso magistero la natura ripara la breccia da gangrena, impedisce il versamento fatale delle materie fecali nella cavità del ventre, e salva agli infermi la vita. Nel nostro caso una porzione piccola di budello si gangrenò; quando cadde l'escara, fluirono per alcuni giorni le materie fecali per la ferita: ma le parti prossime all'escara si aderirono prontamente al peritoneo delle pareti addominali, e chiusa la piccola breccia, la Liomazza non solo fu salva, ma guarì prontissimamente.

VII.

Ernia crurale sinistra antica intestinale libera ma sempre fuor escita, incarceratasi da ore 76, rientrante alla minima compressione, ma uscente di nuovo appena tolta la medesima, anello crurale ristretto ed ingrossato, più che probabile gangrena dell'intestino protruso, paralisi intestinale. Sfiancamento e parziale rottura della porzione superiore dell'anello crurale. Incisione della cute e della lamina adiposa contuse nell'operare lo sfiancamento. Cessazione della paralisi intestinale. Permanenza perenne del tumore protruso fra le parti incise. Probabile aderenza fra sacco ed intestino. Verminazione. Guarigione. Considerazioni.

Bracchi Petronilla, d'anni 21, da Lodi nuovo, proveniente da San Germano, merciaja girovaga, è ricoverata nell'Ospedale di Vercelli ai numeri d'ordine generale 475, e del letto 94, il 15 aprile 1867 mezz'ora dopo mezzodì, è operata tre ore dopo, ed esce guarita il 19 maggio 1867.

Aprile 15. — Alle ore 3. 1/2 pomeridiane io visito per la prima volta l'inferma; è dessa affetta da quattro anni da ernia crurale sinistra libera: siamo in lunedì, e l'ernia si incarcerò

nel mattino del venerdì antecedente, portando la donna attorno la cesta delle *chincaglierie;* sabbato, domenica, lunedì fu tormentata da vomito continuo, non vomitò però mai materie fecali, non consultò alcuna persona dell'arte, non furono fatti tentativi di riduzione prima che entrasse nell'ospedale, non prese alcun rimedio eccettuato *leggiero rinfrescante.* Appena fui presso alla meschina, sentii il di lei alito avere odore di gangrena. L'addome è tumido, dolente, rimbombante al più leggiero tocco, è meteorizzato e teso in tutta la sua estensione, e specialmente alla regione inferiore sinistra. Appena percettibili sono i polsi, fredda marmorea la cute; ha inoltre piccola ernia ombelicale libera, e tumore venoso inferiormente all'ernia crurale fatto da varice della safena interna.

Il tumore ernioso incarcerato è piccolo, non più grosso di una castagna, ma desso appena si scorge attraverso alla pelle per la grassezza della persona e della regione: il tumore appena tocco rientrò (da ciò deducesi che l'ernia è formata da intestino solo), l'indice destro seguì il movimento regressivo di lui, e penetrò dietro a quello nell'anello crurale. Colà penetrata la punta dell'indice, sentì l'anello non già tagliente al suo lato interno (legamento del Gimbernat), ma arrotondato ed ingrossato tutt'all'ingiro, il che prova l'antica data dell'ernia.

Trasportata l'inferma presso al margine sinistro del letto, io mi postai colla parte anteriore della persona rivolta verso il di lei fianco sinistro, e *vis a vis* del tumore ernioso. Penetrata la punta dell'indice nell'apertura inferiore del canale crurale, la spinsi più in dentro, sentivo col polpastrello dell'indice la superficie superiore e triangolare del pube e dell'ilion; tentai sfiancare l'anello all'infuori, all'insu, all'indentro, ma non vi riuscii; all'indice feci succedere la punta del pollice, ma il tentativo riescì pure inutile: feci divaricare la coscia sinistra dell'ammalata fuori della sponda del letto, mi posi fra la coscia sinistra e la coscia destra, e tentai di sfiancare l'anello coll'indice, e colla punta del pollice; ma se dilatai alquanto l'anello, non potei sfiancare nè rompere pure in questo modo il medesimo.

Visto che non potevo sfiancare l'anello stando al lato sinistro del letto, feci tramutare l'inferma sulla sponda destra del

letto, mi vi portai io pure, mi vi fissai in corrispondenza del capo di essa, colla parte anteriore della persona rivòlta verso i piedi della lettiera: introdussi la punta dell'indice nell'apertura del canale crurale, la rivolsi ad uncino, e tirai all'insu la parte superiore dell'anello, i tentativi non riuscirono ancora; la feci tirare più in basso verso i piedi della lettiera, onde essere più in sulla vita, e tirai nuovamente ad indice uncinato all'insu, ed all'infuori l'anello crurale, sentii il *crac* del frangersi parziale dello stesso; l'anello non si ruppe per intiero, ma in buona parte si lacerò al lato suo superiore ed interno: l'indice penetrò nella cavità addominale, accanto all'indice destro feci pure scorrere l'indice sinistro; ed ambo appajati, io credo, arrivarono nella cavità addominale.

La cute della regione crurale restò livida, ne feci una piegatura perpendicolare all'arco crurale, ed incisi la cute e lo strato adiposo.

Per l'atto dello sfiancamento rimase squarciato lieve tratto dell'aponuerosi che copriva il tumore.

Fra mezzo i margini dell'incisione e fra lo squarcio dell'aponeurosi si innalza tumoretto orbicolare, grosso come una nocciola, è desso la porzione centrale ed inferiore del tumore ernioso coperto dal sacco; il dito indice scorre liberamente intorno intorno a lui essendo d'ogni parte isolato; non feci compressione alcuna sul medesimo; applicai due pezze piegate a triangolo unte d'olio, e le ritenni con apparecchio triangolare.

L'inferma non ha che anni 21, pare ne abbia molti più: è il dolore che la ha ad un tratto invecchiata; il di lei sguardo è fisso e direi esterefatto, immobilizzata la di lei fisionomia, bionda la capigliatura, alta la fronte, non femminili furono i di lei lamenti durante la dolorosa manovra dello sfiancamento, pronte, recise le risposte date dalla medesima, virili i di lei propositi. Altra volta farà lo stesso? Domenica potrò escire dall'ospedale?

Sono circa 76 ore che l'ernia è incarcerata, quale sarà l'esito della malattia? Vi è odore di grangrena intorno alla misera, questa fu la prima desolante sensazione che io ricevetti allo approssimarmi alla meschina. Prescrissi vino nero grammi 300, alcool grammi 30, laudano goccie 10, a cucchiaj, ghiaccio *ad*

libitum e gialappa grammi uno con rosso d'ovo stemprato in decotto emolliente per due clisteri, uno subito, l'altro alle ore sei pomeridiane. Fu subito inviato per avere il rimedio uno degli infermieri alla farmacia, e questi arrivato diedi io stesso alcune cucchiajate del vino medicato all'inferma, le quali non furono vomitate, ma prima che l'infermiere giungesse, grave incessante singhiozzo la tormentò. Fu sottoposto cuscino trasversino ai popliti. Quarto del vitto.

Aprile 16. *Mane.* — I polsi sono ancora piccoli, il ventre è ancora teso e dolente al minimo tatto, l'inferma respinge dal ventre il lenzuolo che sopra lo stesso si era posto onde coprirla nel tempo della medicazione. Avvi ancora singhiozzo, il volto è ancora un pò livido, lo sguardo meno spaventato, l'inferma non è ancora andata di corpo, bevè tutto il vino prescritto. Misurata l'incisione risultò essere di millimetri 47. Il tumoretto sporgente fra i margini dell'incisione è un pò livido, appena il toccai colla punta dell'indice; se lo avessi compresso anche in questa mane, sarebbe probabilmente rientrato, per uscire di nuovo tolta la pressione. Dietro al sacco sta l'intestino siccome si deve dedurre dall'elasticità del tumoretto. Domina in ora il periodo della paralisi intestinale, probabilmente succederà ano contro natura, ossia il versamento delle materie fecali all'infuori dell'incise parti: si eviterà di sicuro il versamento delle materie fecali entro la cavità peritoneale, e la paralisi potrà essere vinta dalla natura e dall'arte; ma i polsi in questa mane ancora bassissimi, la dolorificazione e tensione del ventre ancora continuanti, provano che la risoluzione della paralisi non è ancora vicina. Feci trasportare l'inferma al num. 93 perchè più difeso dalle correnti d'aria.

Aprile 16. *Ore* 3. $^1/_2$ *pomeridiane.* — I polsi non sono più cotanto piccoli, fisionomia meno abbattuta. L'inferma non è ancora andata di corpo, ha ancora singhiozzo e vomita materie biliose amare, prese poco vino medicato, prescrissi e diedi io stesso per bocca gialappa grammo uno con miele. Il ventre è ancora teso e dolente, in una parola istessi sintomi del mattino, se non forse in minor grado.

Aprile 17. *Mane.* — L'inferma cominciò jeri sera ad andare di corpo, ed emise in abbondanza materie liquide, addome non

più cotanto teso, non più dolente, tumoretto siccome jeri sporgente, polsi rialzati, non più fredda la cute, fisionomia naturale; cessata è adunque la paralisi intestinale. — Vino bianco grammi 200, rhum grammi 20 in continuazione; sostituii il vino bianco al nero perchè questo non piaceva all'inferma.

I due margini cutanei distano fra di loro nel centro dell'incisione circa millimetri 15, il tessuto laminare adiposo rimasto scoperto fra i margini dell'incisione presentasi a vista, direi, inerte, il tumoretto presenta la sua porzione superficiale, ed esposta all'aria, essiccata; lo toccai appena coll'indice, lo sentii però ancora elastico. I due margini della incisione, le di lei commissure e le parti a loro prossime sono rilevanti e sporgenti, *bombées*, per l'intestino ernioso gonfio che sta dietro loro: esso intestino sporgeva fuori dell'anello quando l'inferma venne all'ospedale, e restò perennemente fuori dell'anello anche dopo operato lo sfiancamento: io noto questi particolari perchè da essi deduco che vi era aderenza fra l'intestino e porzione del sacco.

In questa mane al primo sogguardare l'inferma, al sentire dischiuso il di lei alvo, al vedere appianato il ventre, l'animo mio non solo si aprì alla speranza, ma inclinò a credere certa la guarigione della meschina, ma non credei ancora potersi evitare l'ulcerazione dell'intestino attraverso l'anello crurale.

Aprile 18. *Mane.* — L'inferma andò ancora profusamente di corpo materie molli, addome non solo non più tumido, ma regolare, non più dolente alla compressione, polsi picciolini ma buoni, fisionomia tranquilla, non più singhiozzo.

Aprile 18. *Ore* 3. $^1/_2$ *pomeridiane.* — L'escara fra le incisioni comincia a staccarsi, era dessa la parte che dissi superiormente essiccata.

Aprile 19. *Mane.* — L'inferma andò profusamente di corpo nella giornata di jeri dopo la visita pomeridiana, e nella notte; jeri sera mangiò poco pane pesto, e poco pollo. È caduta in gran parte l'escara, l'intestino ernioso è meno sporgente al disopra e al disotto dei margini dell'incisione, sono leggiermente suppuranti la faccia posteriore dei margini e lembi, il tumoretto, sporgente tuttora, è coperto di ristrettissima escara, e conserva ancora la sua elasticità, e lascia perciò in me la spe-

ranza che l'intestino che è dietro si possa cicatrizzare col sacco e guarire senza che si faccia l'ano artificiale.

Aprile 20. — L'escara presso alla commissura interna sta per staccarsi, l'escara sopra il tumoretto è ancora appiccicata, ma non più sì aderente. Volli comprimere leggermente il tumoretto a fine di esaminarlo, ma quantunque il toccassi molto leggiermente, l'inferma emise alto grido, e così non potei compierne l'esame. L'inferma andò regolarmente di corpo; il tumore ernioso è molto più appianato; al disopra del lembo superiore dell' incisione sentesi attraverso alla cute, direi quasi, il di lui collo.

Aprile 21. — Il campo fra i due margini dell' incisione è tutt' affatto sgombro dalle escare, al lato esterno, al lato interno di esso l'aponeurosi o fascia superficiale è coperta di rossi bottoni, fra mezzo allo squarcio dell'aponeurosi, il tumoretto è pure coperto degli stessi bottoni, l' inferma da jeri andò due volte di corpo, volto, polsi, addome di persona sana.

Aprile 23. — Le granulazioni sono ancora più rigogliose, ponendo le dita contro i margini dell'incisione sentesi voluminoso e potente l' intestino sotto la tosse, l' inferma appetisce ghiaccio, andò sei volte di corpo nella giornata di jeri, e nella notte sovrastante al mattino di questo dì.

Aprile 25. *Mane.* — Jeri sera l' inferma vomitò materie amare, l'addome è un pò dolente, il tumore ernioso è sempre al solito fuorescito. Cataplasma addominale. Clistere con gialappa.

Aprile 26. *Mane.* — La cicatrizzazione progredisce sempre più. Non avvi dolore al ventre, l' inferma andò tre volte di corpo materie molli.

Aprile 28. *Mane.* — Il campo fra i due margini è molto più ristretto, l'inferma vomitò lombrici dopo la visita pomeridiana d' jeri. Corallina grammi 6 per infusione in acqua bollente ripetuta fino al 2 maggio.

Maggio 1. *Mane.* — L' inferma stamane vomitò altro lombrico; prima di rigettarlo ebbe vomito ed inquietudine somma. La faccia posteriore dei lembi non è ancora aderente.

Maggio 3. — Il vomito è quasi sempre continuo. Laudano goccie 10. Acqua di melissa grammi 100.

Maggio 8. — Tumore ernioso appianato, i margini dell'incisione sono appianati, è già aderente il superiore, non è ancora cicatrizzato l'inferiore: facendo tossire l'inferma il tumore sporge fuori molto grosso.

Maggio 14. — Pare cicatrizzato anche il margine inferiore, l'inferma non va di corpo da due giorni. Infusione di rabarbaro.

Maggio 17. — Compiuta l'aderenza della superficie posteriore dei due lembi e margini.

Maggio 19. — La distanza fra i due margini, ossia il campo a cicatrizzarsi non è alto più di 5 millimetri, non è lungo più di 30 millimetri. — L'inferma esce in questo dì.

Considerazioni.

Io sfiancai e ruppi l'anello crurale. Era ciò necessario? Se non avessi sfiancato e rotto l'anello, essendo presente intestino che sempre stette fuori dello stesso anello, ove l'inferma fosse venuta a morte, se ne sarebbe incolpato il curante per non avere tolto lo strozzamento, e cagionato per questa grave mancanza la morte dell'ammalata.

Sfiancai e ruppi l'anello, e l'inferma guarì; se fosse morta, grave responsabilità avrebbe potuto cadere sul chirurgo il quale operato avendo lo strozzamento avrebbe potuto togliere, lacerare le aderenze già presso a compiersi fra sacco ed intestino, avrebbe potuto contundere maggiormente l'intestino già troppo contuso.

In verità, il confesso, è questo il punto più culminante, più delicato della cura praticata, pure se non lo avessi fatto, il farei ancora, ed in simile caso farò lo stesso. Io era convinto e sicuro che sotto le mie dita non si trovava budello nell'atto che operai lo sfiancamento: era pure convinto che ulteriore compressione su intestino in permanenza fuorescito sarebbe stata fatale all'intestino ed alla paziente. L'alito di gangrena emanante dalla meschina era certo segno che l'intestino ernioso si era in

qualche punto gangrenato, il grave stato dell'ammalata, la timpanite, la decomposizione del volto tutto indicava che gravissimo era stato lo incarceramento; non vi era adunque luogo ad esitare, la minima ulteriore compressione poteva essere fatale, e feci opera prudente a sfiancare il ristretto ed indurato anello.

L'aderenza dell'intestino al sacco salvò e preservò l'inferma dal danno di ano artificiale. Il metodo di cura eccitante continuato sino al fine fu quello che richiedeva il basso stato delle forze, e la poca vita che rimaneva all'inferma.

VIII.

Ernia crurale destra intestino-omentale non voluminosa, sorta all'istante dopo urto della parete inferiore del ventre contro lo spigolo di un tavolo, incarcerata da ore 96; tentativi infruttuosi di riduzione coll'antica taxis; sfiancamento della colonna inferiore dell'arcata crurale; diminuzione del tumore ernioso; probabile riduzione dell'intestino; cessazione del singhiozzo e del vomito di materie fecali; novella uscita dell'intestino che si ferma nel sacco, rottura della colonna in prima sfiancata; paralisi intestinale; apertura dell'alvo; stabile rientrata dell'ansa intestinale nella cavità del ventre; dispiegatura dell'ansa intestinale, cessazione della paralisi degli intestini, apertura dell'alvo, adesione dell'intestino ernioso alla parete interna del ventre, gangrena parziale di esso, caduta dell'escara, ascesso stercoraceo e di lui apertura per mezzo di incisione infracrurale, conservazione di tutta la cute minacciata da gangrena per mezzo di altre incisioni parallele ed inferiori alla prima, uscita di tutte le materie fecali dell'ano contro-natura, ricostituzione del corso delle materie fecali per l'ano naturale, cicatrizzazione quasi completa della breccia intestinale e dell'ano contro-natura ridotto a piccol seno. Considerazioni.

Restelli Giuseppe, d'anni 65, da Ronsecco, proveniente idem,

contadino, ammogliato, è accolto nell' Ospedale Maggiore degli infermi di Vercelli ai numeri d'ordine generale 3659, e del letto 191, alle ore 7 antimeridiane del 29 ottobre 1866, per ernia crurale destra istantanea, ridotta subito collo sfiancamento della colonna inferiore dell'arcata crurale ed esce guarito l'11 dicembre 1866.

È desso antico pellagroso, completamente sordo, di bassa statura, più istecchito che magro, a sistema muscolare spiccato; non il più leggiero indizio di adipe sottocutaneo o fra i suoi muscoli, tutto annuncia in lui forte originaria costituzione cui non valsero a debellare miseria e pellagra; il suo volto è impallidito pel dolore, piccoli e bassi i polsi; il di lui figlio narra, ed il padre confermò di poi, che nel mattino del 25 ottobre attendendo frettoloso alle faccende domestiche, urtò fortemente della parte anteriore superiore della coscia, e parte destra inferiore del ventre contro lo spigolo d'un tavolo; all'urto tenne dietro tumore; sorsero tosto singhiozzo e vomito di materie fecali; chiamata persona dell'arte, prescrisse alcune bevande, fece leggieri tentativi di riduzione durante quattro giorni, inviò al quinto dì l'infermo all'Ospedale. Vi è ernia crurale destra, incarcerata da ore 96, il tumore ernioso è meno grosso d'un ovo di gallina, lo esploro, non lo sento elastico è desso direi un pò *pastoso*, non è bernoccoluto, non respinge l'urto delle dita che lo comprimono, perciò faccio diagnosi di ernia omento-intestinale.

Quale sarà l'effetto, la sequela della pressione sofferta dai visceri erniosi? Colonna inferiore dell'arcata crurale, legamento falcato del Gimbernat, lamina cribrosa, collo del sacco, compressero intestino e omento per ore 96! *Grande aevi spatium* per misero affetto da ernia strozzata. L'ernia è recentissima, si fece in un istante, tutte le parti costringenti conservano perciò vivissimo il tagliente loro filo, maggiore adunque anche perciò il danno della pressura; prostrate le forze, grave l'età dell'infermo martoriato per soprappiù dalla pellagra. Che mai sarà? Francamente il devo dire, non dubitai un istante di esito felice. È inevitabile la gangrena dell'intestino, vi sarà ascesso stercoraceo, ano contro natura, gangrena e caduta dell'omento, l'esperienza dei casi antecedenti tutto questo mi suggeriva ed insegnava, ma sarà salva la vita dell' ammalato.

Sono circostanze favorevoli i lievi tentativi fatti a domicilio, il non essere stati praticati nè salassi nè sanguisugi, il non trovarsi echimosi di sorta intorno e contro il tumore, se grave l'età, forte l'originaria costituzione, assalita non infranta dalla pellagra; non vi è timpanite, e perciò non è ancora accaduto travasamento di materie fecali nella cavità peritoneale. Tutto adunque lice sperare.

Ecco il piano operativo che adottai. L'intestino essendo o gangrenato o prossimo a gangrenarsi, non devo fare sul tumore che la minore possibile compressione; perciò farò appena leggerissima taxis al metodo antico, questa non riescendo, cercherò di togliere la strozzatura, sfiancando o rompendo le parti costringenti che incontrerò: meditai un istante sui vantaggi e pericoli dell'atto operativo col taglio, lo paragonai con quello della riduzione per sfiancamento e rottura dei cingoli costrittori, mi appigliai a quest'ultimo, convinto essere desso meno grave e seco avere maggiore arra di guarigione.

Presa questa determinazione, dissi meco, dovrò io sfiancare il legamento del Gimbernat o la colonna inferiore dell'arcata crurale od ambedue? Risposi a me stesso, sfiancherò la parte costringente che prima incontrerò. Fo tirare l'infermo più in basso verso i piedi della lettiera per essere più in sulla vita, e rivolto col lato destro della mia persona verso il fianco dell'ammalato, procedo all'incontro ed all'approccio della parte costringente. Faccio per alcuni istanti moderatissima pressione contro ed intorno al tumore secondo le regole per l'antica taxis; i leggeri tentativi non essendo riesciti, giro colla punta del pollice destro intorno alla parte superiore ed interna del tumore, arrivo a sentire la colonna inferiore dell'arcata crurale, la spingo direttamente in addietro, la sfianco; ciò fatto, rinnovo la compressione come sovra, non sentii nè gorgoglìo di liquidi, nè umori di gas scorrenti dal sacco nelle cavità intestinali, non avvertii variazione sensibile nel tumore; rinnovo lo sfiancamento della colonna, rinnovo la compressione intorno e contro il tumore; neppure questa volta sentii rumore o gorgoglìo alcuno, ma il tumore ernioso resta impicciolito di un terzo, è inoltre meno teso e più molle di quello il fosse prima dell'atto operativo; viva fu la resistenza che oppose la

colonna inferiore, ma essa dovette cedere all'urto preponderante del pollice.

Prescrissi vino grammi 200 — gialappa gramma 1, in decotto emolliente grammi 200 per due clisteri.

Ottobre 29. *Ore tre pomeridiane.* — Il tumore ernioso ha di nuovo ripreso il volume che avea prima dell'atto operativo; introduco la punta dell'indice sotto la colonna inferiore dell'arcata crurale, sfiancata nel mattino, e coll'indice rivolto ad uncino la stiro e lacero. I polsi sono tardi, ma abbastanza sviluppati, l'alvo non è ancora aperto, dò io stesso all'infermo gialappa centigrammi 50 con miele.

Ottobre 30. *Mane.* — Quasi naturale è la fisionomia dell'infermo, non andò ancora di corpo, l'addome non è dolente, i polsi normali, anche in questa mattina l'intestino è fuorescito; poso la mano destra piatta sul tumore e l'intestino rientra, cessò il vomito dopo l'atto operativo, l'infermo dormì tutta la notte come assicura l'ammalato a lui vicino.

Ottobre 30. *Ore tre pomeridiane.* — L'intestino è di nuovo fuorescito, e come nel mattino il faccio di nuovo rientrare nella cavità addominale posando leggermente le dita contro il medesimo.

Ottobre 31. *Mane.* — Nella notte antecedente l'infermo cominciò ad andare di corpo materie liquide. L'intestino è fuorescito al solito, non lo rientrai più. La cute presenta sul centro del tumore lividura non più estesa di un centimetro quadrato (sito compresso e contuso dall'ugna nell'operare lo sfiancamento) in ogni altra di lui parte è rosea, i polsi sono alzati, naturale la fisionomia, acqua zuccherata in continuazione.

Novembre 1. *Mane.* — L'infermo andò profusamente di corpo materie liquide; alti i polsi, la parte inferiore dell'addome è tesa e presenta globo addominale simile a quello prodotto dalle orine nell'iscuria. Il tumore ernioso crurale è un pò accresciuto, comprimendolo leggermente a mano piatta, una parte dello stesso si sentì scivolare e rientrare dentro l'addome; percossa leggermente la residua parte dello stesso, si sente liquido fluttuante dall'una all'altra parte del sacco. Risipola sul tumore.

Novembre 1. *Ore tre pomerediane.* — L'infermo dorme, lo sveglio dolcemente, dalla visita del mattino a quest'ora andò

una volta di corpo materie liquide. Il tumore è di molto aumentato, si è pure sempre più estesa la risipola; siccome nel mattino si sente distintamente il liquido fluttuante. Cataplasma di linseme irrorato d'acqua vegeto-minerale sull'addome.

Novembre 2. *Mane.* — L'ascesso aumenta sempre più, questa mane il tumore occupa non solo la regione crurale, ma pur anco la parte interna della inguinale, risipelatosa è la cute di tutto il tumore che stamane non percossi, l'infermo andò di corpo emettendo copiosissimamente materie liquide, sete vivissima, l'addome non è teso, è un pò dolente alla compressione fatta contro al colon trasverso, polsi e fisionomia normali, acqua zuccherata a richiesta. La sete è prodotta dalla diarrea.

Novembre 3. *Mane.* — *Tumore stercoraceo.* — Polsi e fisionomia sempre normali, l'ascesso, del quale non avvi alcun dubbio che non sia stercoraceo, è ancora più prominente di jeri, si dilatò pure di più verso il lato esterno delle regioni crurale ed inguinale, lo percuoto leggero leggero colla punta dell'indîce destro, il sento pieno di liquido. I pensieri della notte e dei giorni antecedenti mi avevano reso certo che vi era raccolta di materie fecali entro il sacco dilatato. Incido la cute e la membrana dell'ascesso a mano sospesa e fatto appena brevissimo taglio, sgorgano gas e materie fecali liquide in grandissima quantità; dilatai colle forbici l'apertura e rimane così incisione di contro alla parte inferiore della regione crurale interna, lunga circa centimetri cinque; esploro coll'indice la parte più prominente del cavo, non incontro nè omento, nè intestino.

Novembre 3. *Ore tre pomeridiane.* — Il tumore è appianato, le materie fecali escono in parte per l'ano naturale. Minore è la sete.

Novembre 4. — Le materie fecali molli e miste a gas sgorgano per intiero dall'incisione, nessuna porzione delle medesime esce dall'ano, naturale, quieta è la fisionomia, rialzati i polsi, non vi è meteorismo, poca la sete.

Novembre 5. — L'incisione che fu fatta il 3 novembre è situata due dita trasverse al di sotto dell'arcata femorale. Sento tumidezza flemmonosa al di sopra della porzione orizzontale dell'osso iliaco destro, sorgente dalla parte inferiore e profonda

della cavità addominale destra. Dall'incisione infracrurale gemono feci meno liquide. L'infermo ha un pò di tosse, effetto della rigida stagione. Vino nero grammi 200.

Novembre 6. — Non vi è febbre, ma avvi raccolta di marcia alla parte più alta ed interna della coscia; feci altro taglio trasversale più basso di quello fatto il 3 novembre, escì marcia in grande copia.

Novembre 6 *e* 7. — Vino nero grammi 200.

Novembre 10, 11 e 12. — Citrato di chinina centigr. 20.

Novembre 7. — Non vi è meteorismo, ma vasto ascesso flemmonoso circum e sovra crurale, le materie fecali escono non più liquide ma molli dalle due incisioni infracrurali, i polsi sono *sostenuti*, l'infermo già magro alla sua venuta si istecchisce sempre più.

Novembre 8. — L'ascesso è superficialissimo nel sito che corrispondeva al centro del tumore ernioso nel primo dì, là dove si scorge lo stigma dell'ugnata per cui operai la riduzione, faccio sullo stesso stigma incisione trasversale di circa millimetri quindici dirimpetto all'arcata crurale; si sente sempre la tumidezza sovrapubica suddetta prodotta dal flemmone che circonda l'intestino ernioso ridotto.

Novembre 9. *Mane.* — I polsi sono sempre un pò deboli, l'infermo decombe da più giorni sul lato destro, positura declive che facilita l'escita delle feci dalle incisioni, la tumidezza flemmonosa sovrapubica circumintestinale è di molto diminuita, continua la lieve tosse.

Novembre 10. — È dessa un pò afflitta la fisionomia, oppure avvi illusione ottica prodotta dall'incerta luce del mattino? La cute fra le due incisioni trasversali, infuori all'arcata crurale, è sottile e distaccata; sottile pure e distaccata è quella della parte interna e superiore della coscia; ad impedire di questa la imminente gangrena faccio incisione longitudinale discendente alla parte interna e snperiore della coscia.

Novembre 11. — Già da jeri sporge fuori dall'incisione infracrurale superiore fatta il 3 novembre, tessuto a frangia bianco-gialliccio che pare omento gangrenato

Novembre 12. *Mane.* — Il corpo fuorescito non è più attaccato che per piccolo peduncolo.

Novembre 12. *Ore tre pomeridiane.* — Tirato il tessuto sporgente, ne venne fuori un tratto lungo centimetri 6, ne rimase altra porzione fuori pendente, pongo sull'acqua la porzione estratta, la si spiega, è dessa di sicuro parte d'omento.

Novembre 13. — Caduta della porzione d'omento rimasta jeri fuori pendente.

Novembre 15. — Il tumore inguino-crurale è appianatissimo, comprimendo sovra l'inguine escono materie fecali dalle incisioni trasversali. La fisionomia dell'infermo è in ora bella e naturale, è desso uomo di ferro, l'incisione infracrurale superiore è affatto sgombra da omento.

Novembre 17. — A detta dell'infermo le materie fecali da jeri sera a questa mattina più non uscirono dall'ano contro natura, anzi comincia a riordinarsi a periodi fissi l'uscita delle feci per l'ano naturale.

Novembre 19. — Da alcuni giorni la cicatrizzazione della parete dell'ascesso è bene avviata.

Novembre 25. — Le incisioni e l'ascesso sono quasi per intiero cicatrizzati, l'infermo già da alcuni giorni va di corpo per l'ano naturale stando però in letto. Questa mane cominciò ad andare alla seggetta, comprimendo la regione inguinale più non escono materie fecali; del vasto ano contro natura più non rimangono che breve seno e piccoletta apertura sul sito dell'ugnata, e solo quello geme feccie nell'atto della defecazione.

Novembre 27. — Jeri non vi furono evacuazioni, nella notte neppure, quindi escita intermittente di materie fecali dal seno.

Dicembre 4. — Faccio tossire l'infermo, sotto i colpi della tosse sento l'urto dell'intestino contro la regione inguinale e contro il seno, lo stesso urto però sentesi anche al sito corrispondente dell'altro lato del ventre quantunque non vi sia ernia. L'apertura esterna del seno è di circa tre millimetri, il resto della piaga è per intiero cicatrizzato, se ne togli leggera ulcera sul confine della coscia col lato destro dello scroto. Non esplorai il seno che si protende dalla cute all'intestino, comprimendo al di sopra di quello escono alcune goccie di umor trasparente tinte in giallo.

Dal 7 novembre a questo dì prescrissi quasi quotidianamente 60 grammi di conserva di cornioli. Concedei rare volte all' in-

fermo di alzarsi dal letto perchè la posizione verticale favorito avrebbe l'uscita delle materie fecali dall'ano contro natura; esso desidera ripatriare, il che io pure consiglio, ad evitare i danni di lungo soggiorno nell'Ospedale.

Il Restelli ritorna il 29 gennajo 1867, ed è ritirato ai numeri d'ordine generale 218 e del letto 198. Egli è relativamente ben pasciuto, presenta alla regione crurale una cicatrice che dal di lei mezzo discende ad arcata convessa verso lo scroto; al di sopra del centro della cicatrice sta l'apertura dell'ano contro natura in guisa di forellino, dal quale gemono a piccolo zampillo sotto la tosse materie fecali liquide. Al di sopra della porzione orizzontale dell'osso iliaco, più non sentesi la colonna inferiore dell'arcata crurale, si sente colà tumore aderente alla cute che si ingrossa nel tossire, e che respinge la mano posta contro di esso; è l'intestino che fu ernioso, e che col palpare diligentemente si riconosce essersi sfiancato, ipertrofizzato e dilatato. Introdussi la punta di cilindro acuminata d'azotato d'argento per tre millimetri dentro il seno, la lasciai colà un solo istante e la ritirai; l'escara della cauterizzazione cadde poco a poco, e ridotta a ben poca cosa l'uscita delle materie fecali, l'infermo lascia l'Ospedale il giorno 11 febbrajo 1867.

Considerazioni. Esame dell' atto operativo.

L'infermo era stato posto in letto alla mia presenza alle ore sette antimeridiane, pochi minuti dopo era di già operato, non si perdette, non si dovea perdere un sol momento, ve ne era estrema necessità. Sfiancata la colonna inferiore, compresso il tumore, esso diminuì di un terzo, rimase nel sacco l'omento. Calcolai che la diminuzione del tumore fosse dovuta all'introduzione dell'intestino fuorescito, non mi ingannai; pensai che sfiancata la colonna sarebbe cessata la strozzatura, mi apposi al vero, difatti cessò subito il vomito di materie fecali, e poco dopo il singhiozzo; si rialzarono i polsi e le forze dell'infermo, quantunque l'alvo rimanesse ancora chiuso:

ma l'intestino ridotto nel mattino, era di nuovo fuori escito nel pomeriggio dello stesso dì; temendo novella strozzatura, e ne aveva ben d'onde, ruppi la colonna inferiore dell'arcata crurale che aveva di già sfiancata nel mattino, ciò esigeva prudenza, come dimostrerò fra poco.

Lasciai nel sacco l'omento. Non praticai alcuna manovra a farlo rientrare, avrei potuto colla punta del pollice retro spingerlo nella cavità addominale, ma a dire il vero non me ne venne pure la tentazione, volli a posta lasciarlo colà, mi era giustamente imposto il precetto di non fare che la minima compressione sul tumore, questa era l'áncora della possibile guarigione, le manovre per introdurre l'omento avrebbero potuto vieppiù comprimere l'intestino già cotanto compresso, per esse avrei potuto lacerare o togliere tutt'affatto le aderenze già compiute o presso a compiersi, e cagionare il crepaccio dell'intestino, ed il travasamento delle materie fecali nella cavità addominale; era fisso nella mia mente ed a ragione, che erano inevitabili gangrena dell'intestino ed ascesso stercoraceo, lasciai perciò fuori l'omento, non feci alcun tentativo di riduzione. Così facendo operai saviamente.

Forse per l'imminenza della gangrena, per l'inevitabilità dell'ascesso stercoraceo, non avrei neppure dovuto fare la compressione o la taxis per ridurre l'intestino nel mattino del 29 ottobre, e certa cosa è che si può porre il quesito, se in casi simili non sia giusto consiglio operare solamente lo sfiancamento o la rottura della colonna inferiore dell'arcata crurale, o del legamento del Gimbernat, o della lamina cribrosa, di tutte le parti costringenti in una sola parola, e non fare assolutamente alcuna compressione nell'intestino, il quale si può rompere, o se anche si riduca, è là per uscire di nuovo come lo prova il caso nostro.

Si dovevano incidere la cute e la lamina superficiale contuse per l' ugnata.

Ogni qual volta che la cute e le parti sottocutanee restarono per la sfiancazione o rottura dei cingoli costrittori compresse e contuse, sempre usai, dalla prima epoca che adoperai tale metodo, incidere largamente la cute e la lamina superficiale. Nel mattino del 29 ottobre, siccome dopo lo sfiancamento della colonna inferiore la cute non riteneva traccie visibili d' ammaccamento, io non la incisi; nel pomeriggio avendo rotta la colonna coll'indice rivolto ad uncino, e perciò la cute e le parti sottoposte non avendo riportato grave offesa sensibile ad occhio nudo, anche questa volta tralasciai di inciderle. Fu questo l'errore ed ommissione più grave che io abbia commesso nella cura del Restelli, e ciò per le seguenti ragioni: è ben vero che l' ugnata non era stata molto forte, ma siccome io sapevo ed ero presso che certo, che erano inevitabili la gangrena dell' intestino e l' ascesso stercorario, così doveva subito dopo lo sfiancamento fare l' incisione suddetta per prevenire la gangrena della cute e parti sottocutanee, e contenere entro limiti circoscritti il prossimo ascesso stercoraceo. Nè solo doveansi incidere le dette parti, ma praticata l' incisione delle medesime, io dovea cauterizzare col cilindro d' azotato d' argento le parti incise, e specialmente i loro margini, e così si sarebbe contenuto fra più stretti limiti l'ascesso. Sì lieve cosa è incidere la cute e le parti sottoposte ammaccate ed ammortite, sì grandi gli avantaggi che ne derivano, che il chirurgo deve assolutamente inciderle dopo lo sfiancamento.

Tarda apertura dell' ascesso stercoraceo.

Nel mattino 1 novembre esplorando e maneggiando il tumore, sentii scivolare l' intestino ernioso entro la

cavità addominale, percossa quindi la residua parte del tumore sentii liquido fluttuante entro di esso. Che dovea fare? Incidere all' istante l' ascesso; ne differii l' apertura sino al mattino del 3 novembre, e l' ascesso stercorario si diffuse, le materie fecali ulcerarono probabilmente il sacco peritoneale, e si infiltrarono sotto la lamina superficiale. Le incisioni che io feci di poi sotto-crurali superiore ed inferiore, la contro-crurale, la crurale longitudinale, più non furono sufficienti che a salvare la cute dall' imminente gangrena, e la cute a vero dire fu salva per intiero, ma fatte nel novembre, avrebbero impedita la diffusione dell' ascesso.

Ascesso nel sacco peritoneale consecutivo alla strozzatura, lento se prodotto da gangrena dell' omento, velocemente diffusivo se stercorario.

Nei casi di ernia crurale in cui la strozzatura era durata molti giorni, alcuni giorni dopo l' atto operativo vidi sorgere ascesso dentro il sacco peritoneale. Quest' ascesso talvolta è prodotto dalla sola gangrena dell' omento, talvolta non solo è prodotto da questa, ma specialmente dalla gangrena dell' intestino e consecutivo travasamento dentro il sacco delle materie fecali. Se non vi è che gangrena dell' omento, l' ascesso procede lentamente, nell' altro caso l' ascesso essendo stercorario cresce rapidamente, ed ulcerato il sacco si diffonde colla massima rapidità.

L' omento fuorescito non si deve toccare.

Non toccai nè punto nè poco l' omento quando fè capolino dall' incisione, il reciderlo o tirarlo fuori forzatamente sono gravi errori, io il lascio sempre cadere da sè, e quando è compiutamente isolato, e là sta corpo morto, lo tiro fuori perchè cadavere.

Non si deve arrestare la diarrea consecutiva all'incarceramento ed alla paralisi intestinale.

Non feci nulla per arrestare la diarrea, che sorse e durò alcuni giorni dopo l'atto operativo. Io avea prescritto gialappa per clistere, ed un pò di gialappa per bocca dopo l'operazione. Le materie fecali si accumularono negli intestini durante le 94 ore di incarceramento, e dopo l'atto operativo finchè ne durò la paralisi; inoltre parte delle materie fecali si è assorbita durante i periodi dello strozzamento e della paralisi.

Per la strozzatura si produsse gravissima congestione nell'intestino strozzato, e nella porzione d'intestino superiore ed inferiore, prossima alla strozzatura, aggiungi i principii deleterii sviluppati ed assorbiti per la gangrena e vedrai la diarrea essere il mezzo impiegato da natura per eliminare e togliere tutti questi malori.

Finchè i polsi furono bassi, lievi le forze e non comparve viva febbre, diedi vino a rincorare l'infermo. Il poco vitto subito dopo l'atto operativo lasciai a di lui scelta.

Prima della riduzione l'intestino ernioso non conteneva gas; questi discendendo nell'intestino ridotto, lo spinsero di nuovo nel sacco peritoneale.

L'ansa intestinale erniosa non conteneva nel suo cavo nè gas, nè materie fecali, io non sentii nè gorgoglio di aria e di liquidi quando operai la riduzione; quando gas e materie fecali stanno nell'intestino fuorescito, l'ernia è eminentemente elastica e respinge vigorosa i tentativi di riduzione; in questi casi se si ottiene la riduzione, il fenomeno che la precede o la accompagna è il gorgoglio dei gaz e materie liquide che dall'intestino ernioso passano nel resto degli intestini, situati nella cavità del ventre: nel caso nostro questo gorgoglio e suono, che sem-

pre è distintissimo quando ha luogo, non si sentì nè punto, nè poco, onde è d'uopo arguire che l'intestino facente ernia non conteneva nè gaz, nè materie fecali.

Appena ridotto l'intestino, probabilmente subito escì di nuovo; alle ore tre pomeridiane del giorno in cui si compì l'atto operativo, l'intestino era di nuovo nel sacco, e quivi stette di continuo finchè sovravvenne la diarrea. I gas che si accumularono nella porzione intestinale situata al di sopra della strozzatura, tolta questa, discendono nel tratto di intestino ernioso, e fuori lo spingono di nuovo, e quivi restano finchè dura la paralisi; quando questa cessa, ed ha luogo la diarrea, in allora l'intestino rientra stabilmente nella cavità addominale.

La porzione intestinale erniosa era prossima al cieco.

L'esperienza ci insegna che la porzione dell'intestino tenue prossima al cieco è quella che si fa comunemente erniosa; nel nostro caso ciò pure è comprovato dalla consistenza delle materie fecali uscenti dall'ano contro natura prossimo a cicatrizzarsi, poichè è solamente nell'ultimo tratto di intestino tenue che le materie fecali si fanno consistenti e sode.

Restringimento dell' intestino in corrispondenza della cicatrice; dilatazione dello stesso al disopra della cicatrice, e restringimento dell' intestino inferiormente alla cicatrice. Sforzi della natura a ridurre le diverse porzioni dell'intestino al naturale loro diametro e stato.

Rientrato l'intestino ernioso, essendo desso glutinoso, si appiccicò alle pareti addominali e con queste si cicatrizzò, e potè in questo modo conservare la continuità del suo cavo, ma la cicatrizzazione non può compiersi che con ristringimento della parte in cui si effettua, e

così alla diminuzione del diametro dell' intestino dovuto all' escara ed alla gangrena, si deve aggiungere pure quella occasionata dalla cicatrice: che tale restringimento abbia avuto luogo nel caso di cui trattiamo, resta provato dalla dilatazione che subì l' intestino tenue al di sopra della strozzatura o cicatrice. La seconda volta che l' infermo venne all' ospedale, ponendo la mano al di sopra della porzione orizzontale dell' osso iliaco e facendo quello tossire, sentimmo l' intestino tenue enormemente dilatato, aderente per grande area alle pareti addominali, lo sentimmo pure bene superficiale, diremmo quasi, sottocutaneo.

È probabile che l' intestino non solo si sia dilatato, ma che pur anco inspessate si sieno le di lui pareti. La porzione all' opposto dell' intestino situata al disotto della strozzatura e della cicatrice dovette restringersi ed in parte atrofizzarsi perchè cessò per alcun tempo di essere percorsa dalle materie fecali; dovettero pure alquanto restringersi perciò anche il cieco e gli intestini crassi. Ma queste mutazioni non possono essere perenni, restituito e normalizzato il corso delle materie fecali, il tratto intestinale che si cicatrizzò colle pareti addominali tende poco a poco ad acquistare l' antico naturale suo diametro, e ciò succedendo, la porzione di intestino che si sfiancò e dilatò torna poco a poco a restringersi, e le porzioni di intestino situate al di sotto della cicatrice che si restrinsero, vengono nuovamente a dilatarsi alla giusta misura; è natura che aspira alla restaurazione, e la compie.

Posando la mano sulla porzione orizzontale dell' osso iliaco, più non sentii traccia della colonna inferiore dell' arcata crurale.

Breccia intestinale piuttosto larga.

Non si può precisare quanto sia stato estesa la por-

zione di intestino che si gangrenò, e cadde ridotta in escara, nè quanto larga fosse la breccia prodotta dalla caduta dell' escara; introducendo l'indice dentro l'ascesso stercoraceo, si sarebbe potuto esplorare la breccia dell' intestino, ma ciò facendo avrei soddisfatto a curiosità scientifica forse con danno dell' infermo, e perciò non volli fare l' esplorazione; le materie fecali sortirono per intiero per molti giorni dalla breccia ed ano contro natura, niuna porzione di esse più passando per l' ano naturale, e perciò non ristretta essere dovette la breccia dell' intestino

Probabilmente il lato che si gangrenò, e le porzioni di intestino che si aderirono alla parete del ventre, formavano il lato nell'intestino opposto al mesenterio. Probabilmente la gangrena non attaccò l' intestino in traverso, se ciò avesse avuto luogo era inevitabile la cicatrice ad angolo sagliente dei due tronchi intestinali, e perenne od almeno inguaribile da sè l' ano contro natura.

Per la dispiegatura dell' ansa intestinale si cicatrizzò l' intestino e l'ano contro natura.

Quando l' ansa intestinale è stabilmente rientrata nella sua sede naturale, la cavità dell'addome, essa, direi così, non ha più ragione di conservare la sua ripiegatura, la si allunga, la si distende, la si dispiega, e distesa e dispiegata si appiccica alle pareti addominali e quivi aderisce. Nel caso nostro noi abbiamo una prova dell'avvenuta e completa dispiegatura dell' intestino nella relativamente celere cicatrizzazione della breccia intestinale e guarigione dell' ano contro natura; se l' intestino piegato ad ansa nel sacco erniario avesse conservato la sua ripiegatura nella cavità addominale, l' ano contro natura sarebbe stato perenne, in allora i due tubi dell' ansa in-

testinale accollatti od appiccicati, le materie fecali uscenti dal tronco superiore non avrebbero potuto essere ricevute dal tronco inferiore, i due estremi dei tronchi intestinali si sarebbero cicatrizzati ad angolo saliente (*sperone*) e perenne sarebbe stato il flusso delle materie fecali dal tronco superiore mentre l'inferiore non ne avrebbe nè punto nè poco ricevuto. Certo che l'intestino ernioso doveva gangrenarsi, io rivolsi tutti i miei pensieri ad ottenere la completa dispiegatura dell' intestino, perciò quando nel pomeriggio del 29 ottobre io ritrovai di nuovo l' intestino nel sacco erniario, non esitai a rompere coll'indice la colonna inferiore dell' arcata crurale: era duopo togliere ogni ostacolo alla rientratura dell' intestino, esso non solo dovea rientrare, ma dovea pur anco dispiegarsi, tutto si dovea operare a che cessasse la ripiegatura dell' intestino; se questa si fosse conservata, se l' ansa soggiornando più oltre nel sacco avesse fra le due parti che la compongono contratta permanente adesione, era inevitabile lo *sperone*, ed il perenne versarsi delle materie fecali dalla regione crurale, immenso danno che si scongiurò.

IX.

Tibia morta. Tibia riprodotta.

Ascesso sottoperiosteo ossia necrosi della tibia sinistra. Periostio non ancora ingrossato, in alcune parti staccato, in altre aderente all'osso morente. Incisioni cutaneo-periostee a salvare il periostio dalla gangrena. Non voluta ad arte eseguire estrazione sottoperiostea della tibia morta. Rispettate ad arte le aderenze del periostio all'osso morente considerato quale modello dell'osso a sorgere.

Regolare e pronta riproduzione della tibia nuova invaginante l'antica. Differita estrazione del sequestro.

Poggi Andrea, d'anni 13, servo di campagna, da Robbio,

proveniente idem, entrato il 27 luglio ed escito il 5 novembre 1866.

È ragazzino a pelle bruna, a capelli neri, ad occhi nerissimi, vivo, magro, che al suo dire ha la gamba sinistra inferma solo da alcuni giorni. Sulla superficie dorsale della tibia sinistra alla metà della di lei altezza e presso al di lei margine posteriore òd interno sta ulcere o foro rotondo del diametro circa di nove a dieci millimetri. Compressi coll'indice le vicinanze del foro in alto ed in basso, e sentii il periostio distaccato dall' osso. Nel giorno 6 agosto introdotta la punta di catetere di gomma elastica dentro al foro penetrò ben addentro sotto il periostio in su ed in giù. Avvi adunque ascesso sottoperiosteo ossia necrosi della tibia; la cute ed il periostio su tutta la superficie anteriore della tibia morta nulla presentano di anormale, il periostio non è punto ancora inspessito, solo tasteggiando periostio e superficie dorsale della tibia quello sentesi distaccato da questa. L'esplorazione eseguita in questo dì confermò la diagnosi che avevo fatto mentalmente dal primo momento che avevo visitato l'infermo. È necrosi della tibia che si estende dall'una all'altra estremità di lei, eccettuate l'una e l'altra vôlta articolari.

Che deve fare l'arte? ciò che fa natura. Abbiamo una tibia morta, ecco il primo primissimo stadio della malattia; morta la tibia primitiva, che nacque contemporanea nell'utero alle altre ossa, deve sorgere una tibia di novella o di seconda formazione. La morte della tibia di prima formazione è l' enunciazione del problema, il sorgere della tibia di seconda formazione è la risoluzione dello stesso, sono due fattori di un fenomeno che data l' esistenza del primo deve avere ed ha luogo l' esistenza del secondo. La natura tutto ha preparato in questi casi meravigliosi, pochissimo rimane a fare all'arte, e questo poco lo si esprime coi dettati più antichi della scienza. È un ascesso profondo, e per parlare un linguaggio meno incompleto, è un ascesso sottoperiosteo della tibia che abbiamo a curare, e l'arte conduce e governa gli ascessi colle opportune incisioni (1). Non

(1) Vedi *Operazioni sottoperiostee e sottocassulari,* del dott.

soffrii neppure la tentazione di fare l'estrazione sottoperiostea. Negli anni addietro 1847 e 1854 io feci l'estrazione sottoperiostea della tibia e del perone, ma quelle ossa che io estrassi non erano ossa primitive, ma bensì ossa di seconda formazione cresciute ad enorme volume e peso, perchè lasciato senza governo l'ascesso sottoperiosteo contemporaneo alla loro riproduzione. L'arte deve procurare il colo facile alle marcie, impedirne l'assorbimento, ecc., deve puranco procurare che si conservi tutto il periòstio, che non se ne perda, non se ne gangreni la minima parte, perchè desso è l'organo produttore dell'osso che deve sorgere; ciò si ottiene per mezzo delle incisioni fatte secondo le regole per la cura degli ascessi.

In quest'istesso giorno 6 agosto palpai il margine interno della tibia, al di sopra ed al di sotto del seno e foro mediano cutaneo-periosteo; là dove sentii i tessuti incavarsi alla compressione, qui dove puranco la cute era un pò cerulea, feci incisioni, una superiore al di sotto della tuberosità interna della tibia, l'altra inferiore al di sopra del malleolo interno, ambo cutaneo-periostee e penetranti così sino alla cavità rinchiudente l'osso morto. Consigliai all'infermo di sorgere dal letto e passeggiare ogni dì, feci dare allo stesso le stampelle e prescrissi in continuazione l'olio di merluzzo.

Verso la metà di agosto ponendo la punta dell'indice dentro al seno mediano, sentivo già le parti periferiche dello stesso indurarsi, ed essere al tatto cartilaginee.

Eravamo al 10 di settembre, e già la tibia di seconda formazione era bellamente disegnata e conformata, la punta dell'indice che io ponevo dentro al seno medio toccava campo di consistenza più che cartilaginea, la serie delle dita che tengono dietro al pollice, fatta scorrere sul margine anteriore o cresta del novello osso sentiva indurarsi il medesimo, la tibia nuova tutt'all'ingiro cresceva ingrossata direi a vista, quando nel 15 settembre trovo l'infermo con febbre leggera, la di lui gamba è un pò calda, le mani ardenti, eravi ascesso retro ed

---

Larghi. « Giornale della Reale Accademia di medicina e chirurgia di Torino », 1856.

infra-malleolare interno, feci subito lunga incisione. Osservai bene la gamba inferiormente, e presi fra le dita la novella tibia sinistra in corrispondenza e sopra dei malleoli, era dessa il doppio della tibia destra.

Nel corso del resto di settembre si formò superiormente, ma ancora in contiguità del seno mediano, altro seno.

Siamo al fine di settembre, la tibia di novella formazione è tutt'affatto completata. Appena al di sotto del seno mediano avvi punto livido in cui i tessuti sono distaccati, faccio quivi incisione cutaneo-periostea lunga circa millimetri quindici, a conservare il periostio, e così abbiamo tre seni presso al mezzo del margine interno della tibia, gli uni agli altri contigui, formanti una sola ulcera od apertura.

La tibia di novella formazione, già completata ai primi di ottobre, più non crebbe, più non si ingrossò.

Ogni giorno lavai la tibia morta e la tibia novella facendo cadere per i seni delle estremità, e pel seno del centro, acqua semplice in prima, e poi poca soluzione di 1 a 100 d'azotato d'argento; ogni giorno tappai i fori o seni con filacciche, talvolta esploravo e percuotevo colla punta di pinza ad anelli la superficie anteriore o dorsale dell'antica tibia morta e così continuai finchè l'infermo rimase all'Ospedale.

Arrivammo al 16 di ottobre, e la novella tibia guardavo e palpavo con compiacenza, pur pensando che dessa cominciava già a restringersi su sè stessa, scorrevo colle dita sui di lei margini ben conformati anteriore e posteriore, quando uno degli infermieri, il Roncarolo, esclamò, la gamba e l'osso sono impiccioliti di già; esso avea completamente ragione, era già bene avviato il periodo di coartazione o di consolidazione della tibia novella.

Nel giorno 5 novembre l'infermo volle uscire, ed ecco le misure della tibia sinistra novella e quelle dell'antica tibia destra:

Tibia

sinistra o di seconda formazione.		*destra o primitiva.*	

Diametri trasversali.

Centimetri	Millimetri	Centimetri	Millimetri
Medii.			
7	00	3	00
Infracondiloidei.			
6	00	3	00
Sovramalleolari.			
6	00	4	00

Considerazioni.

Fu questa la prima volta che io assistetti ai primi istanti del nascere di una novella tibia; molte volte avea governato infermi in cui la novella tibia era di già cresciuta rigogliosa intorno all'antica morta, solo in questo caso mi fu dato di osservare l'infermo nei primi giorni nei quali la tibia antica stava direi morendo, il periostio era in parte già staccato, e si andava successivamente distaccando nelle altre regioni dell'osso. Il piano semplicissimo di cura concepii dal primo istante, ne combinai nella mia mente i diversi particolari nelle notti successive. Non si poteva eseguire metodo di cura più semplice. Se fossero stati a mia disposizione bagni di acqua corrente, quelli avrei dato all'infermo, chè al certo migliore refrigerio ed adjutorio di essi non è possibile nè dare, nè immaginare in questi casi.

Io non feci a bella posta che pochissime esplorazioni; nei primi giorni d'entrata dell'infermo, toccavo la gamba sovra e sotto il seno medio, sentivo il periostio distaccato e teso, ecco, io diceva fra di me, necrosi della tibia, il periostio che è distaccato sulla superficie anteriore della tibia, sarà egli distaccato, sarà egli aderente nelle altre

regioni dell' osso? Il distacco del periostio avrà egli luogo solo intorno al seno medio, o si estenderà all' insù sino alla calotta articolare verso il femore, ed all' ingiù sino alla calotta articolare verso l' astragalo?

Tali erano i pensieri che volgevo nella mente nelle prime notti dopo l' entrata dell' infermo all' Ospedale. Pensavo fra di me, il corpo della tibia ha punto peculiare e proprio di ossificazione, quando si forma nella vita uterina: nella morte ha luogo la stessa legge e successione, dunque probabilmente la necrosi si estenderà sino presso le ultime estremità articolari della tibia antica: ma a questi pensieri succedevano le riflessioni seguenti. Devo io distaccare il periostio da quelle parti dell' osso antico in cui non è ancora distaccato? Stetti dubbioso un istante, e mi decisi fermamente di non distaccare punto il periostio, e di lasciare così intieramente il magistero dell' osso novello alle leggi della natura. La tibia morta (e nel caso nostro la tibia è morta, o sta per morire tutt' all' ingiro, in su ed in giù), deve servire di madre forma, su cui si deve modellare la tibia novella. Io adunque non devo distaccare punto tibia morta da tibia sorgente, ossia dal periostio. Se lascio intatte le aderenze della tibia morta col periostio, la tibia novella crescerà regolare e perfetta sul modello dell' antica; le aderenze adunque che vi sono ancora io devo rispettare, e le aderenze rispettai.

L' arte deve procurare che la tibia novella non solo cresca, ma che cresca bella, rigogliosa e regolare, il che avrà luogo, se non si distaccherà il periostio. È un ascesso sotto periosteo, giova il ripeterlo, che l'arte deve curare e governare, e quelle regole che l' arte conosce ab antiquo per la cura degli ascessi profondi, per la cura dei paterecci, sono le necessarie all' uopo. Appena appena una parte di cute minacci gangrena, io prontamente cute e periostio inciderò, onde non si gangreni nes-

[illegible] della novella riprodu-

[illegible] io praticai prontissima-
[illegible] bisogno, al centro ed alle
[illegible] tutto il periostio del cen-
[illegible] L' ascesso sotto periosteo
[illegible] estremità di lui fu dunque
[illegible] salvo fu tutto il periostio, e
[illegible] dell' osso novello. Io ottenni
[illegible] ottenni regolarissima; se io avessi
[illegible] tutto all' ingiro dell' osso morto,
[illegible] intorno all' osso morto, e
[illegible] succeduti guaj, sarebbe cresciuta
[illegible] tibia regolare modulata sull' antica,
[illegible] orribile a vedersi: se pronto non
[illegible] incisioni, si sarebbe formata una enor-
[illegible] alla vecchia tibia, come accade nelle
[illegible] patereccio, e l' ossificazione non solo
[illegible] mole enorme, ma molte porzioni di
[illegible] pure cadute gangrenate: ogni guajo
[illegible] osservammo le aderenze del periostio
[illegible] facemmo le necessarie incisioni,
[illegible] giusti, i naturali rapporti di contatto
[illegible] l' osso sorgente, e la novella ossifica-
[illegible] temente regolare; noi secondam-
[illegible] sforzi, ed essa bellamente ci cor-
[illegible]

Quando l' infermo chiese di uscire, stetti un istante
[illegible] si o no accondiscendere alla di lui do-
manda. Il dubbio non durò che un istante, erano tre
[illegible] che dimorava all' ospedale, dissi
[illegible] la tibia nuova è cresciuta, venne su bella e rego-
[illegible] arrivato il di lei periodo di consolida-
[illegible] quanto arte e natura possono fare e
[illegible] adunque l' infermo fra i suoi.

Che doveasi fare relativamente alla tibia morta?

La tibia morta, considerata siccome modello su cui si doveva conformare la tibia novella, stette là a suo posto a conformare la tibia di seconda formazione. Ma quest' ultima intieramente formata e completata, giunta dessa al periodo di consolidazione in cui comincia a restringersi su di sè stessa, la tibia morta è completamente inutile, ed essa assume diversa condizione o stato. Non è più solamente la tibia morta che l'arte ha sott'occhio, ma dessa è isolata in ogni sua parte tutt' all' ingiro, si è distaccata intieramente dalla novella, essa è di già enormemente impicciolita, è divenuta più breve, è diventata meno grossa in ogni verso, essa presentasi in quello stato che tutto descrive un motto antico della scienza, *è un sequestro*. Dal dì che sovravvenne la morte alla tibia, la parte morta subì e subisce progressivo deperimento. L'arte perciò saggiamente operò nel non distaccare la tibia morta dal periostio, natura ha compiuto in modo meraviglioso non solo il distacco, ma la consumazione, la consunzione dell' osso antico morto, mentre provvedeva alla risurrezione dell' osso novello.

Ecco così il perchè non volli nei primi giorni di luglio fare l' estrazione sotto periostea quando sentivasi l' osso morto: ecco il perchè non volli fare l' estrazione dell' osso morto quando la tibia novella era cresciuta rigogliosa intorno all' antica. La natura è dessa che provvede alla consunzione dell' osso necrosato, è dessa che procura nel modo il più regolare la sua sequestrazione, ossia ne forma il sequestro. L' arte dovea tenere aperti i seni che aprì natura (seno medio) e quelli che fece colle incisioni cutaneo-periostee, poichè per essi la natura elimina la massima parte delle ossa morte, col processo che chiamasi *esfogliazione*. La natura, pensai fra di me, questo sequestro (che è ora ben poca cosa se si

paragoni al volume della tibia nei primi giorni della sua morte) fra pochi mesi avrà ridotto a minimi termini, forse fra poco sarà eliminato per intiero, quando una minima parte di esso, od una parte anche grossa rimanesse ancora invaginata nell' osso di nuova formazione; vi sono tre seni medii, due seni alle estremità, ed un seno presso al malleolo interno che penetrano nel cavo in cui sta rinchiuso il sequestro. Che devesi fare? Forse un' incisione sul mezzo della faccia dorsale della tibia novella che corra di seno in seno, di ponte in ponte, e che si estenda lunga, o quasi lunga, quanto il sequestro? Mai no. La natura secondata dall' arte crebbe un osso novello intorno all'antico, l'arte il deve rispettare. Mai dal 1842, epoca dalla quale esercito la chirurgia, io non praticai incisione sulle ossa lunghe per estrarre i sequestri.

Considerai sempre grave errore il fare la minima incisione, l' antica operazione pel sequestro eseguita per mezzo di incisioni o spaccatura dell' osso nuovo ridussi alla fragmentazione del sequestro, sia nelle ossa lunghe, sia nei casi di malattie delle ossa ed articolazioni; la fragmentazione dei sequestri osseo-articolari facilitai, e resi più sicura e più pronta coll' introduzione dei cilindri d'azotato d'argento, e colla introduzione di soluzione dello stesso sale a diverse dosi: l' incidere un osso nuovo per estrarre il sequestro fu sempre errore che evitai, vi era forse necessità di estrarlo intero? I diversi seni osseo-articolari considerai sempre come le vie coperte operate da natura per procedere dentro le ossa ed articolazioni per fragmentarne i sequestri, per fare di essi la litotrizia, i quali fragmentati e litotriziati, l' arte espelle colle injezioni, ecc., e la natura prontamente da sè. Ora (1) io non dubito che il sequestro dell' antica tibia entro la nuova, non sia cosa ben da poco, sarà sequestro che

(1) Maggio 1867.

romperò o con pinza o con spugne introdotte nel cavo dell'osso nuovo, e così sicuramente ed in bel modo ottenni la riproduzione della tibia novella, ed otterrò se non si è di già fatta per opera della natura, l'eliminazione dell'antico sequestro. Io feci molto bene a differire l'estrazione dell'osso morto. Difatti mentre l'osso morto è ancora aderente all'osso sorgente, ossia al periostio, primo periodo della sua morte, esso è ancora voluminoso quasi come quando era vivo; poco a poco mentre l'osso novello cresce rigoglioso, l'antico osso morto si distacca del tutto, e poco a poco si impicciolisce e si consuma. Se si operasse l'estrazione dell'osso morto nella prima epoca, esso è ancora troppo voluminoso, e sarebbe d'uopo ricorrere a lunga incisione scorrente su tutta quasi la superficie dorsale della tibia nuova; quand'anche si potesse fare senza dell'incisione o spaccatura dell'osso novello, ed estrarre l'osso recentemente morto dai seni naturali od artificialmente fatti, la bisogna sarebbe sempre grave, perchè l'osso morto è ancora voluminosissimo: all'opposto ritardando l'atto operativo, la tibia morta passò allo stato di sequestro, ed in questo stato è diminuita immensamente di volume, la tibia morta si è di già, direi così, *vuotata, évidée*, di per sè stessa. È in questo stato o condizione che si deve operare il sequestro delle ossa lunghe, in allora il sequestro si è impicciolito, è divenuto fragile fragile, ed una pinza retta o meglio un pò curva come quella dei polipi delle cavità nasali, introdotta pei seni sovraindicati, riduce l'attenuato sequestro in minime parti, lo fragmenta, ne fa direi la litotrizia. Giova puranco introdurre dentro il cavo delle spugne, le quali non solo servono a dilatare i seni, ma pur anco servono mirabilmente a rompere il già fragile sequestro; si può anco adoperare una fascia comune, la si ripiega per lo lungo, la si fa entrare per uno dei seni, la si fa sortire per un altro seno, la si lascia in sito per alcuni giorni; essa col

soggiornare nel cavo si ingrossa, ed estraendola estraete o rompete con essa il sequestro ridotto a fragmenti. Ciò che conviene per la tibia conviene pur anco nel sequestro del femore e delle altre ossa larghe. Così la estrazione dei sequestri resta di molto semplicizzata, riducendola all' operazione tardiva della fragmentazione di essi nel proprio cavo.

Ma anche quest'atto operativo deve essere soventi volte tralasciato, anche della fragmentazione dei sequestri possiamo fare senza. L'arte deve procurare di tenere sempre aperti e dilatati i seni osseo-articolari, essi sono le vie per cui la natura elimina l'osso morto: tenendo sempre aperti i seni, poco a poco il sequestro si consuma, si annulla per opera della natura ed esce o a fragmenti o *per isfogliazione*. Ciò sanno bene i chirurghi dalla più alta antichità, ed in questo stadio i bagni di acqua corrente, le leggiere soluzioni di azotato d'argento, che impediscono la suppurazione, sono ajuti preziosi alla natura.

In questo modo per il passato io estrassi i sequestri fragmentati della tibia, e la storia è ancora a pubblicarsi; nello stesso modo operai su mandibola necrosata, non praticai più incisioni, mi servii dei seni osseo-articolari in vicinanza dell' articolazione temporo-mascellare per estrarre il sequestro del condilo, mi servii dei seni articolari situati inferiormente all' angolo inferiore della mandibola per introdurre spugne, pinze, setone entro il cavo mandibolare, e così ruppi e fragmentizzai la porzione ascendente della mandibola necrosata, non praticai alcuna incisione, rispettai, non disturbai l' ossificazione novella già bene avviata e l' istoria già pubblicai.

Ciò che ottenni per la mascella inferiore, usai pur anco in caso di necrosi per la mascella superiore e l' istoria non ancora pubblicai.

Già dagli anni 1848 io avea operato ed agito nello

stesso modo nei casi di tumori bianchi del piede e della mano e dell'articolazione omero-cubitale, siccome già pubblicai nel « Giornale delle scienze mediche della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino » nell'anno 1856, e ne pubblicai le istorie particolarizzate nella « Gazzetta medica Italiana di Torino », 1861, 1862.

Puccinotti Francesco Urbinate. — **Storia della Medicina.** *Volume I:* Medicina antica. *Livorno, presso Massimiliano Wagner, editore,* 1850, *in-8°, pag.* 748 *oltre l'Indice.* — *Volume II.* Medicina del medio evo. *Parte prima. Livorno, ecc.,* 1855, *pagine* 394 *e* CCLXIII. — *Parte seconda. Livorno, ecc.,* 1859, *pag.* 848 (1). — *Esame critico del prof.* **ALFONSO CORRADI.**

Fra le molte pecche di cui è accusata la moderna letteratura, v' ha pur quella della soverchia fretta nel produrre; di guisa che le opere sue per difetto di sufficiente meditazione appajono poco profonde, nè abbastanza purgate, la lima non avendo avuto tempo di compiere il suo lavoro. Di questo mal vezzo non può certo accusarsi l' illustre prof. Puccinotti; avvegnacchè que' tre volumi della Storia della Medicina sono il frutto di 17 anni di studio. Nè di tale lentezza siamo noi qui per dolercene, se dessa non fosse per avventura (come v' ha ragione di temere, l' editore ed il luogo di stampa non essendo sempre stati i medesimi), più che della volontà dell'Autore, effetto di altre cagioni, e della difficoltà cioè che v' ha fra

(1) La stampa di questa 2.ª parte non fu finita che nello scorso anno in Firenze, essendone editore Angelo Usigli.

noi di condurre innanzi opere alcun poco gravi e voluminose; del disamore agli studj che richieggono vaste cognizioni, pazienti indagini, severa critica; del torto giudizio che alla medicina moderna nulla giovi l'erudizione e la storia delle sue vicende, che il sapere com'ella cadde negli errori, come se ne ritrasse, non le possa essere di ammaestramento per il presente, di guida nel progresso.

De' predetti tre volumi non prenderò qui in esame che le due parti le quali comprendono la medicina del Medio Evo; perciocchè troppo spazio bisognerebbe s'io volessi su tutti ugualmente intrattenermi. D'altronde il 1.° volume rispetto agli altri ha minore importanza; ed oltre a ciò fu già di lui in qualche modo discorso in questi medesimi Annali dal prof. Pozzolini. Pertanto basterà accennarne semplicemente, o poco più, le partizioni principali, ossia i Libri ne' quali è distribuito, onde ne appaja l'orditura, ed insieme i documenti che lo corredano per dimostrarne la ricchezza.

Ma innanzi converrà dire delle idee, o dei concetti generali che l'Autore tenne per guida dell'opera sua; e ciò farò brevemente, esaminando il *Proemio* in cui quelle sono esposte (1).

Secondo che pensa l'illustre scrittore, il capo della Storia della Medicina deve trovarsi nel principio igienico di ogni sua età, l'origine della scienza derivando egli da

---

(1) Tale Proemio è diviso nei seguenti 7 paragrafi. — Definizione e scopo della storia. — Delle origini della medicina. — Delle forme primitive assunte dalla medicina. — Dei tipi storici principali. — La teoria dei tipi storici contiene la filosofia della storia della medicina. — La filosofia della storia riconosce sè stessa per la vera filosofia della scienza. — La filosofia della storia della medicina giustifica la scienza dinanzi alla società (pag. 3-29).

una tradizione igienica, che l'uomo sano compose col dovere di soccorrere il proprio simile, e pose come guida della sua intelligenza, e come impulso alla sua operosità (1): e però igienica è la medicina primitiva (pag. 7). Considerando quindi che appo i Greci ed i Romani l'igiene tanto perdette di valore, quanto perderono egualmente di forza e di grandezza le virtù civili; ei veniva in pensiero, che se dovessero procedere del pari nell'avvenire, il perfezionamento dell'umanità e quello della scienza della salute, quest'ultimo sarebbe rappresentato da una perfetta igiene, che dovrebbe saper ridurre al minor numero possibile i bisogni della medicina terapeutica (pag. 227). Bellissime parole, auspicatissimi voti; ma che ognor più ci fanno dubitare che igienica sia la medicina primitiva: ed oggi pure vediamo intere tribù nelle quali la medicina è tuttora in quelle forme (*mitica, jeratica, demotica*) che il Puccinotti chiama prescientifiche, ossia anteriori al suo stato di scienza completa (pag. 8), senza che vi sia vestigia d'igiene; quando questa pur non si voglia confondere con que' precetti che sono piuttosto tutele di politico reggimento, che provvidenze per la pubblica incolumità. Anche tuttodì vediamo, che quando si gode buona salute, e la si vede ferma il più delle volte, malgrado gli strapazzi e le maggiori fatiche, poco preme di sapere come conservarla.

---

(1) L'elemento sanitario, insieme all'elemento morale ed al civile, è una manifestazione dell'idea del bene assoluto; la quale, come emanazione della volontà divina, presuppone altrettante missioni obbligatorie trasmesse all'umanità. « Ora se a conservare l'ordine morale e civile, vi volle una missione suprema imperativa, d'onde ebbero origine i doveri, e i diritti sociali, e l'ordinamento primario dei popoli; altrettanto importò per la preservazione, e ordinamento della salute loro (pag. 6) ».

D' altronde che sappiamo noi per *tradizione* intorno la salubrità e l' insalubrità delle cose naturali, innanzi che l' esperienza ci abbia delle medesime ammaestrato? Il Puccinotti insiste dicendo, che innanzi che l' esperienza avesse trovato le medicine, la ragione aveva ricavato dall' igiene il regime dietetico da apprestarsi nelle malattie (pag. 8): ma pur vediamo, che più presto s'apprende a svuotare lo stomaco soverchiamente ripieno, che a contenere l' appetito vorace. La medicina, quegli continua, non nacque nel malato, nè dal suo istinto; ma nacque nell' uomo sano, nella coscienza di lui di una missione superiore a soccorrere il proprio simile, e fu un imperativo affidato al sentimento di carità in ordine al principio di socialità nelle umane creature (pag. 6). Al che pare si debba replicare, che quella coscienza, quell' imperativo, se spinge l'uomo sano a soccorrere chi soffre, non gli addita già il soccorso; questo gli è chiesto *istintivamente* dal malato, oppure ei deve apprenderlo per l' osservazione delle soluzioni spontanee dei morbi, per l' esperienza delle cose che nuocono e che giovano; lo deve indurre per un lavoro di ragione e di confronto. Non è vero che l' istinto non possa dir altro nell' uomo malato che *soccorretemi*, talchè ei non divenga che un' occasione all' ajuto dell' arte esistente fuori di lui, e non l' origine dell' arte stessa: ed in vero anche l' ignaro fanciullo estuante per febbre anela la fresca bevanda, ed ha a schifo gli alimenti; e la mano ratta corre alla fronte per calmarne, premendola, il dolore. Certo che l' istinto non basta, egli stesso dovendo pur essere guidato; ma non può negarsi che in noi medesimi non sia in certo modo l'arte, dacchè v' hanno ne' viventi de' *poteri moderatori*, una *tendenza conservativa*, la vecchia *natura medicatrice*. Forse che nel *nosce te ipsum* non si risolve gran parte dell' igiene individuale, la quale è altresì fondamento della pubblica? E quest' origine, diremo *in-*

teriore, della medicina, più che da altri dovrebbe essere ammessa dal Puccinotti, il quale partisce la Storia della Medicina considerata come scienza in tre principali epoche o tipi: 1.° Epoca del predominio illimitato della natura sull' arte; 2.° Epoca del predominio illimitato dell' arte sulla natura; 3.° Epoca della riconciliazione fra le leggi di natura e i poteri dell' arte. Intorno la quale divisione l'Autore avverte, che dessa non scinde la storia immobilmente in tre epoche, nè si lega immobilmente ad un periodo di tempo. « Essa è tolta da noi come una tricotomia mobile, e progressiva, che va via rinnovando sè stessa nel procedimento della scienza, presentandosi sempre in più larga sfera, e racchiudendo per conseguenza nel suo avanzamento la promessa dell'avvenire (pag. 16) ». Imperocchè questi corsi e ricorsi non sottopongono, come parrebbe, la medicina ad un fatalismo al di là del quale le fosse da inevitabile necessità interdetto di progredire: invece a chi ben considera le riconciliazioni che mano a mano si vanno facendo tra la natura e l' arte, segnano un ingrandimento sì negli studj della natura che nei poteri dell' arte. D' altronde cotesti grandi e solenni periodi di riconciliazione non sono molto frequenti; in ventitrè secoli se ne contano, a mente del Puccinotti, appena quattro, o poco più, senza il periodo che oggi corre, il quale tende evidentemente anch' esso alla medesima riconciliazione. Sarà questa l'ultima, egli dimanda? O quante altre ancora ne dovranno seguire, precedute e provocate da sistemi nuovi e sempre più poderosi, che si tireranno dietro la gran mole della scienza? « Certo è che questa non si arresterà, finchè non abbia raggiunto il suo fine ultimo, che è di elevare l' arte alla maggior potenza possibile, e la cognizione delle leggi di natura alla maggior perfezione possibile, onde fra loro l' equipollenza e l' armonia sieno stabili, e non periture (pag. 15) ».

L'andeggiamento complessivo e continuo de' sumento-

vati tipi storici forma il campo della filosofia della storia della medicina, la quale, su tale fondamento misto di fatti e di pensieri, s'innalza a quelle tre *primalità*, che, come formano astrattamente la scienza, così servono di guida agli esami ed ai ravvicinamenti storici; e cioè ella si volge: 1.° all'idea della natura, ossia al carattere delle causalità; 2.° all'idea dell'arte, ossia al carattere dato alle potenze che s'impiegano per mantenere e restituire lo stato sano; 3.° al metodo, ossia alla cognizione e all'ordinamento di attinenza tra le cause e gli effetti (p. 19). E poichè nello studio della natura organica la *causalità ultima* cui sale la ragione per determinare una teoria della vita, e quindi discendendo informare la scienza, è la vita stessa (ossia *la forza, il principio donde i fenomeni traggono l'origine e la qualità loro*); avviene che la teoria di questa appaja nella storia il contrassegno filosofico della teoria data alla medicina. Parimente dal modo di concepire la vita dipende per lo più il concetto delle proprietà caratteristiche delle potenze medicamentose; e quindi pure è modificata l'idea dell'arte, la quale è soverchiamente operosa od inerte secondo che ammetta illimitata l'attività interna curatrice, o la neghi affatto. Ma ad imprimere carattere diverso alla scienza concorre, con l'idea determinata della vita, eziandio il metodo; il quale perchè dia un completo ed universale sistema di connessioni tra cause ed effetti, deve appunto comporre le connessioni reali de' fenomeni co'modelli e tipi di attinenza esistenti nell'intelletto: imperocchè, sono parole del nostro Autore, il vincolo necessario dei fatti della natura e la determinazione di una legge, altro non esprimono, che il rischiaramento dato a quei modelli intellettuali la mercè di sufficienti osservazioni ed esperienze, e il perfetto combaciare di essi col lavoro e col resultamento esperimentale (p. 21). Ma se la teoria dei tipi storici contiene la filosofia della Storia della Me-

dicina, poco poi diffatti di essi e della loro triplice partizione si giova il Puccinotti nell'ordinamento del suo grave ed importante lavoro: giacchè le prime divisioni di esso sono cronologiche (Medicina antica, del Medio Evo, e moderna), e le suddivisioni, od i libri, non sono regolate da un principio costante; ma quando diremo geografiche od etnologiche, come nel 1.° volume, quando per iscuole e dottrine, o meramente di tempo negli altri due.

Egli osserva poi che le scienze metafisiche e le scienze naturali hanno un punto di partenza fra loro diviso, e che male avviene se l'una all'altra si voglia imporre come arbitra e dominatrice: elleno debbono continuare distinte anche nel loro cammino, confortandosi per altro a vicenda, la metafisica della realtà sperimentale, e la fisica delle leggi razionali; ed egualmente preservandosi a vicenda, la prima dal materialismo, dall'idealismo la seconda (pag. 21). Ma non più di tanto; più stretti abbracciamenti produrrebbero un *fatale miscuglio*. E la filosofia sperimentale sbarrazzatasi di quello della metafisica, ha ripreso come punto di partenza l'*idea archetipa d'una forza attiva*: « considerando che l'atomo è nulla se non è concepito come un centro di forza, e che i processi e le metamorfosi non sono che gruppi di forze cooperanti ad un fine (pag. 23) ». La materia, è detto un pò più innanzi, non può dare che materia: raffinatela quanto vi piace, riducetela alla più impercettibile molecola o cellula elementare, ella non sarà mai altro che materia: le forze che la compongono, che la conformano e la trasformano son fuori di essa; ad essa unite, ma non con essa confuse. E come non può confondersi forza e materia, neppure possono identificarsi le forze tutte fra loro: c'è armonia ma non identità (pag. 28). Nulladimeno intorno la natura di questa forza della vita il Puccinotti non fa maggiori dichiarazioni; ma per le cose

dette, può ben argomentarsi ch'egli non è di quella Scuola la quale considera la vita morale come un'opera singolare di quel medesimo principio vitale donde procedono anche le altre funzioni fisiche. E quantunque egli porti per intero quel lungo brano della Chimica applicata alla fisiologia ed alla patologia, dove il Liebig conchiude che la forza vitale è una forza di specie particolare, non per tanto non abbraccia la costui sentenza; essendo che sul chiudersi del proemio afferma *la materia non essere che lo strumento passivo della manifestazione della immensa attività delle forze, ossia della vita degli esseri, della vita fisica del mondo.* Parrebbe adunque che, oltre la forza prima creatrice, due forze soltanto si dovessero tenere ben distinte: la forza morale, e la virtù attiva della vita. Amendue sono limitate; e cotesta è limitazione di natura e di ragione, la quale diviene altresì norma dell'arte.

L'arte pertanto sorretta dalla scienza, non licenziosa ma *ragionevolmente* libera, dev'esser messa in accordo con le leggi naturali: con ciò le verrà fatto di operare in una sfera sempre più estesa di gradi di miglioramento. *Ecco quanto la Società può esigere da noi; quanto la scienza può giustificare e promettere innanzi ad essa* (pag. 29).

Le quali cose premesse, diciamo senz'altro che siano le materie trattate nel 1.° volume, e come vi stiano per sommi capi ripartite.

La medicina antica forma argomento di questo volume, che l'Autore, in quel tempo professore di Storia della Medicina nell'Università di Pisa, volle dedicato al Gran Duca Leopoldo II. Esso comprende 4 Libri — della Medicina Orientale — della Greca — dell'Alessandrina — della Romana: ciascuno di questi racchiude parecchi capitali consacrati all'igiene considerata nelle leggi, nei mo-

numenti e nelle istituzioni presso i diversi popoli (1). Il quale diligente studio delle cose alla salute pubblica pertinenti non fu già dall' Autore intrapreso con lo scopo di formare una completa storia dell' igiene, bensì per corroborare quel suo pensiero che la scienza medica derivi da una tradizione igienica, e che la storia di essa abbia capo nel principio igienico di ogni sua età.

Fra i documenti (pag. 711-736) trovasi: 1.° l'*Index sanskrito-latinus plantarum arborumque in Susrutae Ayurveda obviarum* tratto dal T. III della traduzione del Susruta dell' Hessler. 2.° e 3.° Due lettere, una del dott. Calderini, l'altra del cardinale Maj intorno al Commento ai Pronostici d'Ippocrate attribuito ad Erofilo; Codice che conservasi nell'Ambrosiana di Milano, e che già fu di Girolamo Mercuriale, il quale anche lo arricchì di postille. 4.° Altra lettera del celebre Bartolomeo Borghesi sulla voce κόσμον del libro *de Corde* nel Codice ippocratico, nella quale approvasi la traduzione di Foesio del τον αρχαῖον κόσμον per *institutum vetus*, dentro il quale gli Asclepiadi, anteriormente ad Ippocrate, facevano, secondo

(1) L. I, C. III. Della medicina degli Indiani. Leggi di Manù. — C. XII. Dell' igiene pubblica presso gli Egiziani. — C. XXII. Della imbalsamazione. — L. II, C. V. De'Ginnasj. — C. VII. L' igiene pubblica de' Greci considerata nelle leggi di Licurgo e di Solone. — L. IV, C. II. Dell' igiene etrusca. — C. IV, Precetti igienici delle leggi papiriane, delle XII tavole, e di altre leggi consolari. — C. V. Istituzioni e monumenti igienici de' Romani. — C. VI. Precetti d' igiene ricavati da Catone il Maggiore, e M. Terenzio Varrone. — C. VII. di Cicerone, di Vitruvio, — C. XXII. Galeno, scrittore di materie igieniche, dietetiche e medico-legali.

Della medicina e dell' igiene ebraica il Puccinotti non fa un capitolo a parte, ma ne porge un cenno discorrendo dei destini della medicina egizia. (Cap. XXIV del lib. I).

che dice il Puccinotti, *studj, osservazioni, sezioni, e sperienze anatomiche* (pag. 414). 5.° Discorso secondo *inedito* di Antonio Cocchi sopra Asclepiade: il quale discorso fu quindi stampato in testa del successivo volume; dichiarando per altro d'averlo trovato già pubblicato, conforme l'autografo posseduto dal marchese Gino Capponi, dal dott. Margheri nell'Antologia di Firenze (1). Il Puccinotti nulladimeno ristampollo, perciocchè gli parve (fra il Codice Palatino di cui egli giovavasi e lo stampato nell'Antologia correndo molte varianti) necessario ed utile alla storia che il detto Discorso fosse ripurgato e ridotto alla sua migliore lezione. Questo 2.° Discorso tratta della Fisiologia del medico di Bitinia, ma non è completo, perchè non contiene realmente tutta la materia; ned ha, come il primo, le citazioni dei luoghi di tutti quegli scrittori alla cui autorità il Cocchi si riporta nel sostenere le sue sentenze. Segue una tavola delle classificazioni antiche e moderne delle opere del Codice della scuola di Coo; presa tra le antiche quella del Mercuriale, tra le moderne quella del Littré e dell'Autore. Il quale scostandosi dalle sentenze generalmente ricevute, ed ammettendo che i libri del Codice ippocratico ritenuti fin qui per *posteriori* siano tutti *anteriori* a quelli genuini d'Ippocrate, ne propone una nuova classificazione, non ritenendo per opere legittime d'Ippocrate e de'discepoli suoi contemporanei che le seguenti: *Aphorismi — De Fracturis — De Articulis — De Vulneribus capitis — Moklikon — Epidemiorum libri septem — De Aere locis et aquis,* le quali formano nel nuovo ordinamento la IV classe (2). Ma per conoscere le ragioni

---

(1) A. 1824, settembre, N. XLV.

(2) Dei libri *Epidemiorum*, due soli (I e III) appartengono ad Ippocrate; gli altri sono lavori de' discepoli che fecero parte delle *Missioni epidemiche*, presiedute dallo stesso Ippocrate.

speciali di ciascuna di queste quattro divisioni, è indispensabile la lettura del libro II dal cap. XIV sino al XVIII. Qui solo diremo che il carattere distintivo delle opere poste nell'anzidetta IV classe è: 1.° la massima semplicità terapeutica: 2.° la eliminazione di ogni filosofia speculativa, e la sostituzione del metodo sperimentate (1). Viene per ultimo il quadro cronologico della medicina antica (2).

---

(1) Secondo F. Z. Ermerins, Ippocrate non sarebbe autore che del I e del III libro delle Epidemie all'infuori di alcuni passi interpolati — del libro dell'Aria, dell'Acqua e dei Luoghi — dell'altro della Regola di vitto nelle malattie acute (meno alcune spurie addizioni) — delle Ferite della testa. Nelle *Coacae Praenotiones* e nel *Prognosticorum liber*, troverebbersi pure inscritti non pochi brani di uno o più scritti d'Ippocrate, senza che per altro dessi si possano ben determinare « Idem fere statuendum videtur de Jure iurando: scilicet certo id Divino Seni tribuere non audeo, sed probabile est apud veteres Coos id exstitisse et in usu fuisse (**Ἱπποκράτους καὶ ἄλλων ἰάτρων παλαιῶν λείψανα.** Hippocratis et aliorum medicorum veterum reliquiae. Mandatu Academiae regiae disciplinarum quae Amstelodami est edidit F. Z. Ermerins. Trajecti ad Rh. 1864. Vol. III, § 43) ».

(2) Vi sono eziandio alcune note addizionali (p. 703-709). In una di queste si parla de' Lettisternj considerati come provvedimento sanitario, il *segnale iniziativo della popolare dispensa delle vettovaglie*. Ma se i Lettisternj aveano un significato igienico, non è quello che il Puccinotti loro attribuisce; imperocchè non è vero che quelli s'apprestassero solamente nelle epidemie precedute o accompagnate dal caro dell'annona; anzi avvenne che il primo Lettisternio, dei successivi esempio, si celebrasse in Roma, quando dopo gelidissimo inverno, per la rapida mutazione nella contraria stagione, seguì una pestilente state per ogni sorta d'animali. Le vettovaglie perciò non mutarono pregio, dice Tito Livio (Histor. V, 13 A., 397-96 av. C.), per il buon apparecchio fatto innanzi.

Apresi il II volume con un Proemio, dove, dato un prospetto analitico della medicina del medio evo, vuolsi provare: Che il *crede ut intellegas* della metafisica cristiana è legge imposta alla ragione, simile a quella della *esperienza e del calcolo* nella filosofia delle scienze naturali. — Che la storia della medicina, attraversando il medio evo, continua il suo procedimento senza recedere nè arrestarsi (pag. 45-51). Seguono tre libri: il 1.° riguarda la medicina de' Santi Padri e de' Filosofi Alessandrini avanti gli Arabi; il 2.° la medicina dei Greci posteriori e dei Bizantini; il 3.° la medicina salernitana.

Il prof. Puccinotti è d'avviso che i Santi Padri e gli scrittori ecclesiastici del medio evo avanti gli Arabi, benchè non trattassero esplicitamente di scienza medica, abbiano giovato nondimeno come conservatori e depuratori dei buoni e sani elementi di essa; sia mantenendo il concetto della forza attiva della natura e dell'impero di essa sulla materia, connettendolo colla cosmogonia e colla creazione; sia conservando meglio de' Greci posteriori il tesoro, benchè scarso, delle cognizioni fisiologiche che l'esperienza e l'induzione aveano saputo raccogliere nelle scuole greche e romane. Eglino poi celebrando la magnificenza del creato ampliarono vieppiù lo studio della natura; ed oltre alle false filosofie de' pagani e degli eresiarchi, respinsero sempre dalla scienza del vero le bugiarde e perniciose dottrine degli astrologhi, le magie e le alchimie. La medicina de' Santi Padri è argomento quasi nuovo nella storia della scienza nostra; ed il nostro Autore si compiace d'averne dato il primo un saggio, bastante per altro a far conoscere, ei dice, che senza questa parte di storia, manca la scienza della continuazione del suo procedimento, e dello spirito nuovo che assunse nel suo periodo di restaurazione, e manca principalmente il fondamento sul quale si eresse la nobiltà e la santità dell'arte. Imperocchè questa, come scienza di

umana gloria o come mestiere fruttifero, non avea sentito la purità del *dovere;* il quale, purificato dalla carità, valse d'impulso morale al progresso e collocò la scienza nel suo vero posto civile (pap. 62). Ma del carattere morale della medicina nel medio evo verrà occasione di dire qualche cos'altra in appresso: intanto ricordiamo (senza nulladimeno sospettare della buona fede del Puccinotti) che fin dal 1643 un medico di S. Agata di Puglia, Giacinto Giordano, poscia frate Domenicano, pubblicava in Napoli il 1.° volume d'un' opera intitolata: *Theorica medicinae sancti Thomae doctoris Angelici aliorum SS. Patrum et sacrae scripturae locis illustrata. In quatuor partes phisiologicam aethiologicam therapeuticam et pathologicam distincta* (1).

Sarebbe stato altresì molto giovevole indicare donde que' Padri trassero le loro notizie di fisiologia, di medicina e di scienze naturali; ma l'esposizione de' *passi paralleli*, come per Isidoro Ispalense procurava di fare il dott. Spengler (2), avrebbe portato troppo in lungo, e l'Autore non volle dare che un saggio (3).

---

(1) *Opus sane*, è pur detto nel frontispizio, *aegris, philosophis et theologis praesertim thomistis apprime jucundum, medicis vero, ut simul medica facultate et christiana pietate imbuantur, satis perutile.*

Il Toppi dice che il Giordano fu dottor eminente in medicina, dopo profondo filosofo e teologo, maestro e reggente nello studio di S Domenico di Napoli. (Bibliot. napolet., pag. 106).

(2) Isidorus Hispalensis in seiner Bedeutung für die Naturwissenschaften und Medicin. (In Janus. Breslau, 1848, III, 54-90).

(3) Questo saggio comprende l'igiene di Clemente Alessandro; la fisiologia quale trovasi in Dionisio Areopagita, in Nemesio, in Lattanzio Firmiano ed Aurelio Agostino; la patologia d'Isidoro Ispalense; le scienze naturali secondo che sono nelle opere di san Basilio, di sant'Ambrogio e di sant'Isidoro (Cap. II, al X, pag. 63-133).

Come punto di transizione tra i Padri e l'ultimo drappello de'filosofi del gentilesimo (Plotino, Porfirio, Proclo, Jamblico, Filone d'Alessandria, Numenio d'Apamea) vien posto, benchè d'alquanti anni anteriore, Plutarco da Cheronea; il quale se cominciò dall'essere socratico e catoniano, nel mezzo del suo cammino filosofico spuntò alquanto la stoica austerità, lasciandosi in fine vincere anch'egli dalle tendenze orientali, e così nell'ultime sue opere manifestavasi la decadenza del pensiero ellenico e del romano, mentre vi sbocciava quell'innovazione filosofica, la quale poco dopo era assunta e composta in un completo edifizio di astrattezze dal mistico Plotino (1). Ma la filosofia e la medicina nella Scuola d'Alessandria degenerarono in demonologia, astrologia giudiziaria, cabalistica, magia ed alchimia (cap. XIV); impuri fonti da cui trassero la proteiforme loro filosofia i medici arabi. E se malgrado che in quella Scuola fossero coltivate le matematiche, la ragione scientifica non fu trattenuta nei giusti limiti, nè diretta al vero; ciò derivò principalmente dall'essere state quelle assoggettate alle false e vuote filosofie dominanti. La matematica è di per sè, soggiunge il Puccinotti, la vera e l'unica filosofia direttrice nelle scienze naturali; ned egli vede perchè quella, come oggi taluno di bel nuovo vorrebbe, si debba rimettere sotto la direzione e l'impero delle filosofie speculative. « Nè in Alessandria la teologia cristiana contemporanea, quantunque luminosa di nuove verità fondate sulla fede, poteva supplire al difetto delle matematiche nello studio della natura; e sia pure che le verità di sopra e di sotto si fac-

(1) Il prof. Centofanti, nel Discorso premesso all'ultima edizione delle opere di Plutarco pubblicate da Le Monnier, ha mostrato con molta dottrina esservi un ordine cronologico in tali opere, donde le varie età e le modificazioni della filosofia del Cheronese.

ciano specchio le une alle altre; ma la differenza sta in questo che all'infuori delle prime che ci ha rivelato Dio stesso, le altre è mestieri che se le trovi da sè la ragione umana tra gli angoli, le misure e i numeri (1) ». E a questo fine, ei domanda, cosa serve che la ragione si chiuda in sè medesima, e si fabbrichi da sè una scienza di sè, che poi chiami *scienza universale dell'essere?* E qual benefizio dovrebbe arrecare cotesta scienza universale dell' essere alla matematica, quando questa ha in sè medesima il vero, quando il metodo per trovarlo ella l' apprese alla stessa filosofia, e le sue dimostrazioni sono maniere più efficaci di provarlo che le logiche e le dialettiche (2)?

Alle perniciose influenze della filosofia Alessandrina sulla medica scienza, altro argine opposero i Greci posteriori e Bizantini, più assai diligenti che ingegnosi, meno per non volerle che per non comprenderle. Oltre questo merito, eglino ebbero anche l' altro di aver conservato la storia dei lavori fatti da Galeno sino ai tempi loro. Ma dalle opere galeniche eglino non trassero che il necessario, lasciandone da parte le sottigliezze e le controversie, profittando eziandio di altri scrittori, che per essere meno prolissi più erano al caso. Eglino facevano ciò che oggi vediamo farsi dai fabbricanti di manuali e di enciclopedie: non guardando molto sottilmente alle differenze di dottrine, insieme abborracciavano libri di autori diversi secondo che meglio loro conveniva. Questa schiera di medici dal IV secolo giunge sino al XIII, cioè fino ad Attuario; e quantunque così distanti di tempo, possono benissimo essere insieme considerati; imperocchè in tutti è un carattere storico uniforme: del non essere altro che compilatori, e del ricopiarsi l'un l'altro

(1) pag. 164. — La *tradizione igienica* di cui sopra dicemmo, sarebbe dunque fra le prime verità rivelate?

(2) Cap. XV. Digressione sulle matematiche.

a vicenda, senza uscire dal sentiero tracciato dal primo di essi, che fu Oribasio.

Per tali ragioni il Puccinotti de' medici compilatori fa *un libro intermediario tra la medicina del paganesimo che cessa e quella del cristianesimo che incomincia* (1), cioè tra la medicina alessandrina e la salernitana.

Tra i Greci posteriori annovera Oribasio, Aezio d'Amida, Alessandro di Tralles, Paolo d'Egina. De' medici Bizantini, ossia dell'impero cristiano in Costantinopoli, forma tre categorie. La 1.ª, senza teorie, è solamente e bassamente empirica: ed il carattere della sua terapeutica dimostra, nella sola parte superstiziosa, un'aderenza tuttavia resistente colle teurgie pagane sia cabalistiche o astrologiche, e un passaggio alle medesime sacrileghe mescolanze coi riti del cristianesimo. La 2.ª, poste da parte queste ultime profanazioni delle cose sacre cristiane, tenta di riprodurre con compilazioni e commenti un'ombra d'Ippocratismo. La 3.ª nella ripetizione delle nosografie e dottrine de' Greci posteriori, comincia a manifestare l'influenza delle arabiche scuole. Marcello di Sida, i due Samonichi, padre e figlio, Teodoro Prisciano, Sesto Placido Papiriense, Marcello di Bordeaux appartengono alla prima: Teofilo e Stefano d'Atene, Palladio, Nono e Psello, Niceta, Simeone Seth appartengono alla seconda: Sinesio, Attuario, Nicolao di Alessandria, Demetrio Pepagomeno alla terza.

Ma su questa classazione occorre di fare alcune avvertenze. Rispetto a Marcello di Sida notiamo ch'egli fu anteriore ad Oribasio e ad Aezio, giacchè questi due autori ci hanno conservato quel curioso suo frammento περὶ λυκανθρώπου, *de homine se lupum putante*, nelle loro

(1) L. II, C. I-V. Medicina de' Greci posteriori e de' Bizantini.

operè (1); diffatti egli visse, non fra il III ed il IV secolo, come afferma il Puccinotti, ma nel II, e probabilmente sotto gl'imperatori Adriano ed Antonino il Pio, e però non potrebbe far parte de'medici compilatori, se di questi se ne voglia far capo l'archiatro ed amico di Giuliano l'Apostata. Latini sono i due Sammonici (2), come pure Teodoro Prisciano (3), Sesto Placido e Marcello di Bordeaux, detto l'*empirico*: e quindi meglio sarebbe stato che questo libro, anzi che de' Greci posteriori e de'Bizantini, fosse stato chiamato de'*medici compilatori* in grazia appunto dell' uniforme carattere storico che il Puccinotti loro concede. Anteriori a Paolo Egineta sono Teofilo Protospatario e Stefano Ateniese, giacchè eglino vissero nel principio del VII secolo, e quello sul declinare imperando Costantino Pogonato. Più antico ancora sarebbe Palladio, detto il Jatrosofista, giacchè egli visse, se non sicuramente nel IV, certo prima del VII secolo.

---

(1) *Oribas.*, Synops. l. VIII, c. 10, — *Aet.*, Tetra bibl. II, Serm. II, C. 11. — Il Puccinotti inclinerebbe a credere, poichè qualche fenomeno simile fu veduto anche nel delirio di alcuni dei nostri pellagrosi, che i licantropi di cui dice Marcello non fossero che lebbrosi, messi in quel particolare delirio dalla lebbra (pag. 190).

(2) Il nostro Autore non pare abbia conosciuto le due pregevoli Epistole del Morgagni intorno Sereno Samonico; la prima delle quali comparve nell' edizione cominiana della medicina di Celso (Patavii, 1722), e poscia tutte due riunite nelle successive edizioni di Celso del 1750 (Padova) e del 1763 (Venezia); non che nell' *Opuscol. miscellan.* dello stesso Morgagni parte 1.ª (Neapol. 1763, pag. 191).

(3) Teodoro Prisciano, detto anche Ottavio Oraziano, scrisse in latino, e fu discepolo di Vindiciano archiatro di Valentiniano I imperatore d' Occidente: che vivesse nella Corte di Costantinopoli lo sospetta Sprengel, e solamente perchè fra le lettere di Sinesio una ve n'ha (ep. 115) diretta ad un Teodoro.

Palladio, dice Puccinotti, è breve e robusto ne'suoi scolj sopra Ippocrate, e spesso coglie il vero senso sì filologico che clinico negli Epidemj, di cui non illustra che il VI libro: ma non avverte che questo valente maestro insegnava in Alessandria, in quella scuola cioè che egli chiamò d'ogni buona filosofia e medicina infausta corrompitrice (1). Teofane Nonno per lo contrario sarebbe posteriore; giacchè, avendo egli scritto il suo epitome *De curatione morborum* per ordine di Costantino Porfirogeneta, che imperò dall'anno 945 al 959; non può appartenere alla fine del secolo VIII. Simeone Seth, *protovestiario* o gran-mastro della guardaroba imperiale, piuttosto che nella 2.ª categoria andrebbe collocato nella 3.ª, dalla quale invece v'ha tolto Demetrio Pepagomeno, che nel libro della *podagra* parve superiore al suo tem po (2).

Questa specie di autori, questa serie di mediche compilazioni, potrebbero agevolmente essere aumentate; ma il Puccinotti nol fa; perchè tali aggiunte valgono lo stesso e forse meno delle opere rammentate. Ei dice benissimo: soltanto non andava dimenticato Michele Psello *juniore*, il quale quantunque non medico, era uomo coltissimo, tanto che potè scrivere un' Enciclopedia (διδασκαλία παντοδαπὴ la quale incomincia con la teologia e finisce con la culinaria (3): v'hanno pure di lui altre opere, una delle quali περὶ διαίτης di cui può vedersi l'elenco presso il diligentissimo Choulant (4). Di Michele Psello lungamente

---

(1) Del Palladio v' ha nella Laurenziana un codice di cui gli storici non fanno menzione, ed è: In Galeni librum de Sectis enarrationes.

(2) Visse in Costantinopoli alla corte di Michele Paleologo (1261-1283).

(3) *Fabric.*, Bibl. gr. ed. vet., tom. V., pag. 51 e seg.

(4) « Handbuch der Bücherkunde für die ältere Medicin » Leipzig, 1841, pag. 147.

e con la solita dottrina ha discorso l' Hecker nel tom. II della sua *Geschichte der Heilkunde* (1).

Fra i medici compilatori meritava pure di essere ricordato il celebre Fozio, il quale con il suo *Myriobiblon*, avuto riguardo alle caligini del IX secolo, così della medicina che degli altri studj si rese benemerito: il Geissler scrisse una dissertazione *De Photii patriarchae Constantinopoli scientia medica* (2). Finalmente quel *libraccio farmacologico*, che va sotto il nome di *Herbarium seu de medicaminibus herbarum*, non è come crede il nostro storico opera di Lucio Apulejo di Madaura, lo scrittore elegante e piacevole dell' *Asino d'oro*; ma di un Lucio Apulejo Barbaro, detto anche Platonico, che probabilmente visse nel IV secolo (3).

Discorrendo di Aezio, tocca il Puccinotti della famosa peste di Procopio o di Giustiniano (4), e ne tocca perchè a lui pare che quella sia la medesima di cui è parola nel

---

(1) Berlin 1829, pag. 290 e seg. — Il Puccinotti avvisato che l' ἰατρικόν attribuito a Psello è lo stesso epitome di Teeofane Nonno poche righe più sopra citato; null' altro dice di quest' Autore, nè delle opere sue. Certo è ch'egli non visse ai tempi di Nonno, essendo morto più che ottuagenario nel 1105.

(2) Lipsiae, 1746, 4.°

(3) Intorno quest' Autore veggasi la Dissertazione dell'Henschel « Der älteste medicinische Codex der Breslauer Universitätsbibliothek », nel 1.° volume del Janus, pag. 639.

(4) Questa peste, non fu già tra il IV ed il V secolo, bensì nel VI; e nel 543 e 558 menò indicibile strage in Costantinopoli, d'altronde Aezio fu appunto del sesto secolo.

Il Puccinotti poi avverte che la descrizione di questa peste può vedersi in Procopio, in Sprengel, in Ozanam e De Renzi: ma perchè non ricordare l'erudito lavoro dell' Hecker « Die Pest des sechsten Jahrhundert »; che anche tradotto in nostra lingua dal Fassetta apparve in Venezia nel 1834, e quindi nell' Antologia di Brera ?

1.° del Tetrabibilion al cap. XII. Indi soggiunge che in Francia il morbo pestilenziale si mostrò con molte e svariate eruzioni esantematiche, che furono dette *milinae*, *variolae*, *corales pustolae* (pag. 180). Ma queste efflorescenze, piuttosto che sintomi della peste bubbonica, debbonsi riguardare come malattie distinte, come *vajuolo*, secondo che il Kraüse fra gli altri ha sagacemente pensato (1).

Una nota particolare è consacrata alla collezione Bizantina intitolata gli *Efodi* (2). « Gli efodi sono una compilazione di medici dettami e di pratiche prescrizioni ad uso de' medici viaggiatori o periedeuti, i quali hanno bisogno d'un breviario o d'un manuale per ajuto della memoria nell' esercizio girovago della professione. Gli Efodi tradotti in arabo presero il nome di Zad el Moucafir (3), in latino ebbero quello di *Viaticum peregrinantium* ». Gli Efodi adunque non sarebbero opera dell' arabo Abu Dschafer Ahmed, bensì opera greco-bizantina che esisteva prima del X secolo: i medici arabi, e fra questi il predetto Abu Dschafer, per la difficoltà di avere l' originale completo, raccolsero e riunirono di nuovo insieme gli sparsi trattati del greco testo, e li tradussero in arabo. Per altro egli consente che i trattati arabi fossero di bel nuovo vôlti in greco: ma se il Daremberg, continua il Puccinotti, ha dimostrato incontrastabilmente che alcuni codici greci a noi pervenuti e rimasti degli Efodi sono traduzioni quasi tutte in origine dall' arabo; esso non ha potuto in maniera altrettanto convincente,

---

(1) « Ueber das Alter der Menschenpocken ». Hannover 1825, pag. 134 e seguenti. — Veggansi anche i miei Annali delle epidemie in Italia sotto gli anni 569, 571, 580.

(2) Forma il cap. VII: nel VI è detto degli Ippiatri greci minori.

(3) Leggasi piuttosto Zâd el Mosafer.

per mancanza dell'originale arabo di Abu Dschafer, dimostrare che questo fu il primo originale autore degli Efodi (pag. 221).

I greci posteriori ed i Bizantini, quantunque di Alessandria ritraessero gli avanzi, non della filosofia, ma delle credenze e delle superstizioni greco-egizie ne'primi anni e ne'primi scrittori; erano pur sempre, com'abbiamo veduto, i più prossimi conservatori della scienza clinica greco-latina, e però le scuole d'Occidente abbracciarono questi modelli e ristabilirono sopra essi la loro istruzione. Anche l'Oriente volle continuare la sua medicina. « I Nestoriani, gruppo di dotti profughi ribellatisi dalla chiesa, aprirono scuole in Persia con forme jeratiche anch' essi, e quivi s'instruirono gli Arabi che riattaccaronsi, per la filosofia e tutti i suoi parti mostruosi, alla alessandrina ermetica e talmuddica, e per la clinica cavarono essi pure dai materiali bizantini le loro regole. Sicchè la legge della continuazione fu questa: che dalla medicina dell'Oriente cristiano in Bisanzio due tronchi si divisero, l' uno orientale che si trasformò in medicina arabistica, l' altro occidentale di scuole monastiche e di clinica Xenodochiale negli Ospedali annessi ai pii instituti medesimi, alle diaconie, ai tempii, alle magioni, e diretti dalle prime monastiche società, per assumere in seguito la forma laicale in Ginnasii, Università e Nosocomii, fabbricati, protetti e mantenuti dallo Stato (1) ». La grande differenza fra i due rami consistette nei primi educatori: chè gli occidentali ebbero le vestigia de'Padri nella scienza e nella filosofia, e gli orientali le ebbero dalle filosofie alessandrine, greco-egizie e greco-giudaiche. Ma se presso i monaci, ne'monasterj o ne'loro ospedali ottener do-

---

(1) Pag. 226, L. III. Medicina Salernitana. Cap. II, Monaci e Ospedali.

vea la medicina la sua nuova depurazione, spogliarsi di tutto il simbolico e superstizioso delle false scuole pagane, ritemprarsi nello spirito di carità (pag. 225); perchè tutto questo, può chiedersi al Puccinotti, precisamente nel *tronco occidentale* della medicina bizantina dev' esser avvenuto. Perchè non piuttosto nell'*orientale*, quando appunto l'Oriente fu culla ed il più vasto teatro del monachismo. Vero è che poco appresso l'assoluta sentenza è alquanto modificata (pag. 229): anzi il nostro Autore è d'avviso, che dagli ospedali monastici dell'Oriente venisse passo a passo a quelli d'Occidente la *nuova medicina*, alla cui povertà scientifica suppliva la filosofia pratica e l'impulso della carità.

Invece negli ospedali laicali, che pur esistevano in buon numero, *era ancora dell'asiatico*; imperocchè è da credere che i medici che li governavano, quantunque ignoriamo chi fossero, non altra medicina esercitassero in fuori di quella che ci è nota dei bizantini; *medicina la quale ritiene sempre un cotal poco dell' asiatico e indietreggia verso le alessandrine scuole.*

Ma che sappiamo noi della medicina degli ospedali monastici d'Oriente, se dessa non ebbe *letteratura, nè collezioni cliniche proprie, nè forma ginnasiale?* Il nostro storico dice che in questi ospizj la medicina era meno fastosa che altrove, più semplice, nè si atteneva ad altre regole pratiche, che a quelle di qualche compendiata medicina latina, e ciò *perchè erano diretti da monaci* (pag. 230). La quale ragione, oltre che non appaga, farebbe pur credere che tutt' altra fosse quella medicina, quando leggiamo ne' Cronisti di che sorta fossero le cure che facevansi nelle chiese, e nei chiostri della stessa Europa; dove la superstizione, per quanto fosse grande, anche nei secoli più tenebrosi, non giunse al grado che toccò nell'Oriente, padre di ogni superstizioso vaneggiamento. D'altronde frati e preti fanno parte delle suddetta schiera dei

medici compilatori o bizantini, i cui amoreggiamenti con le dottrine asiatiche più e più volte il Puccinotti ha censurato (1). Che se colà la cosa fosse stata come a questo piace supporre, allora la medicina cristiana non sarebbe venuta in Occidente soltanto in *germe* (pag. 230), ma del tutto formata, perchè in niun altro luogo come in Oriente trovava la medicina antica miglior modo e più larghi mezzi per rinnovarsi, purificandosi nel monachismo, se questo ne dovea essere il salutare lavacro. E valga il vero: i discepoli di S. Antonio, di S. Ilarione, di S. Basilio, dopo aver popolato le arene della Libia, le solitudini della Tebaide, della Palestina, del Ponto, riversarono le prolifiche loro colonie in tutte le città del Nilo, del Bosforo ed in quelle persino dell'Etiopia. La filosofia dei Padri, quella che dovea reggere la scienza cristiana, s'insegnava nella celebre scuola *catechetica* d'Alessandria, in Antiochia, in Cesarea, in Nisibi, in Edessa, in Seleucia ed in tanti altri seminarj. Gli ospedali monastici fin dalla metà del IV secolo numerosi s'aprivano all'arte benefica dalla carità santificata; e dei cento e più monasterj esistenti in Costantinopoli dai primi anni dell'impero sino alla fine, rammentati dagli storici bizantini, parecchi di essi contenevano nosocomj. I monaci poi, oltre che per l'immenso numero, erano per ricchezze e per credito potentissimi, può dirsi ch'eglino regolassero sì la vita domestica, che le faccende dello Stato. Simeone Stilita, il povero pastore della Siria, dall'alto della sua colonna vedeva Teodosio il Giovine venirgli innanzi per chiedergli consiglio; torme di pellegrini giungere da lontane regioni per venerarlo, ed intere tribù disputarsi coll'armi l'onore della sua be-

(1) P. es. Melezio monaco di Tiberiopoli nella Frigia, Mercurio monaco greco, Niceforo patriarca, Giovanni vescovo prisdrianense, Massimo Planude monaco, ecc.

nedizione. Grandissima pure era la potestà del clero; ed i patriarchi della tempera d' un Cirillo disputavano agli ufficiali il governo delle provincie, o la facevano da padroni in corte. — Tutto adunque concorreva perchè la medicina ecclesiastica soprastasse alla laicale: nè, se questa fosse stata sostanzialmente diversa dall'altra, lo spirito d'intolleranza l'avrebbe sofferta, bensì come eretica condannata.

Non per tanto, malgrado le tante chiese ed i tanti conventi, di cui uno anche per gli eunuchi (1), la medicina non ebbe in Bisanzio, sono parole del Puccinotti, *filosofia che la reggesse, e di cristiano altro non tenne che l'ostentazione del prodigioso nei medicamenti!* Ed anche soggiunge che quella nel fasto delle corti di Costantino, di Giustiniano, de' Micheli, de' Comneni, de' Paleologhi non potè assumere tutto il suo *vero carattere cristiano* (pag. 224). Ma più che il fasto, che dappertutto non poteva essere, erano le condizioni civili e morali dell'impero bizantino, le tendenze degl' intelletti, lo stato degli animi che tenevano care le superstizioni, dilettevoli le sofisticherie; che alla semplice ricerca del vero, alla vita operosa anteponevano garrule dispute, gonfie fantasie, sterili speculazioni. Erano principi teologi e controversisti, ora iconoclasti, or iconolatri; ma presso che sempre tiranni soggetti alla loro volta a femmine ambiziose, a cupidi eunuchi, a monaci fanatici e litigiosi: erano sudditi ognora schiavi, ma che pur prendevano le armi per regolare il computo pasquale e la durata del digiuno quaresimale; che con indifferenza vedevano avanzarsi i barbari ed ogni giorno qualche provincia andare perduta, mentre che s' infervoravano per le

(1) Fabbricollo Leone VI, detto il Filosofo. (Incerti contin. Theophanis Chronogr. Hist. Byzant. Ed. Venet., XIV, 167).

querele dogmatiche, e volevano pregustare le celestiali beatitudini contemplando la divina luce del monte Tabor, e cercando l'anima nell'ombellico. Orsù, qual novello impulso, qual soffio di vita potevane ricevere la scienza? I Greci eransi fermati, anzi arretrati, intanto che i Latini facevano rapidi progressi; progressi animati dallo spirito di emulazione e d'indipendenza « onde il piccolo mondo racchiuso entro i limiti dell'Italia contenea più popolazione e parti d'industria che non l'impero spirante di Costantinopoli (1) ». Il Puccinotti dovea tener conto di queste condizioni sociali e dell'indole stessa intellettuale dei popoli latini; egli che pur ammise che la medicina, purificatasi una prima volta passando dall'antico Oriente nella Grecia, una seconda depurazione religiosa, ed insieme rigenerazione civile e scientifica, incontrasse nella Roma pagana.

Laonde non parrebbe che gl'insegnamenti dei Padri fossero stati così efficaci, come si vuole, nel promuovere l'auspicato depuramento della scienza della salute (2). E d'altra parte se la medicina monastica orientale non si atteneva ad altre regole pratiche, che *a quelle di qualche compendiata medicina latina*, siccome fu detto di sopra, che bisogno c'era di cercare il *germe* della medicina occidentale de'tempi di mezzo nei cenobj della Tebaide, o negli eremi della Mesopotamia? Quando mai la medicina abbandonò l'Occidente perchè più tardi vi facesse ritorno (3)? E poichè la scuola d'Oribasio *non in-*

(1) Gibbon, Stor. della Decad. dell'impero Romano ». C. LXVI.

(2) Ricordiamo pure le precitate parole del Puccinotti, che in Alessandria la teologia cristiana non poteva supplire al difetto delle matematiche nello studio della natura.

(3) Il 1.° capitolo di questo III libro è intitolato: « Ritorno della medicina in Occidente ». — Un pò sopra fu anche detto che medici latini erano tra i *Compilatori*.

tendeva filosofia, era rimosso il pericolo ch' ella, quantunque laicale, fosse bandita dagl' instituti religiosi; che se nella terapeutica serbavasi *alessandrina* e *superstiziosa*, ciò non facea difetto: « posti da parte gli Dei, i semidei, gli eonj e i demiurghi, si convertirono i simboli e prodigj del nuovo culto, e i nomi dei Santi e dei Re sottentrarono nella credulità farmaceutica ad assumere l'ideale e portentosa forza di medicare (1) ». Di fatti tale medicina dovea parere sì poco eretica o pagana, che i vescovi, mentre agli ospedali (nosocomj), ed agli ospizj per i poveri e pellegrini (xenodochj) preponevano preti o monaci, chiamavano laici a curare gl' infermi. Su tale proposito non so trattenermi dal ricordare come S. Giovanni Grisostomo, data la direzione degli ospedali che aperse in Costantinopoli a due pii sacerdoti, chiamò *medicos et coquos atque bonos opifices e coelibum ordine ad eorum ministerium, ut advenientes hospites et morbo correpti curarentur* (2). Parimente non erano chierici que'servi e que'medici che nel xenodochio di Merida prestavano l'opera e le cure loro ai pellegrini ed agli infermi; ed ai quali il vescovo Masona ordinò che, andando ognora attorno per la città, *quemcumque servum, seu liberum, Christianum seu Judaeum reperissent aegrum, ulnis suis gestantes ad Xenodochium deferrent: straminibus quoque lectulis itidem praeparati eumdem infirmum ibidem superponentes cibos delicatos, et nitidos eousque praeparantes, quosque cum deo aegroto ipsi salutem pristinam reformarent* (3). La qual cosa fa-

(1) Pag. 224. — Ivi è pur detto che a' Greci posteriori il nuovo culto, invece di correggere, servì loro di mezzo per mantenere le esagerazioni terapeutiche.

(2) Palladii, Episcopi Helenopolitani, De vita S. Chrysostomi. Dialogus. Luteciae Parisior. 1680, pag. 46.

(3) Paulli Diaconi. « De vita Patrum Emeritensium Opusc.

rebbe pur credere che entro i monasterj non s'educassero medici in tanto numero, che ai bisogni degli ospedali vescovili bastassero. Stando invece al Puccinotti nel grande ospitale di Cesarea sarebbe stata una scuola o clinica medica, dove S. Basilio *istruito nella medicina era il primo medicatore ed agli altri maestro* (pagina 227).

Ma le parole di S. Gregorio Nazianzeno, se attestano che quel pio e dotto uomo conobbe la medicina, come filosofia e come scienza, nello stesso modo che aveva appreso l'astronomia, la geometria e l'aritmetica, non confermano ch'esercitasse la medicina; imperocchè veramente non può dirsi medico colui che, ammaestrato dai proprj mali, sa ai medesimi procacciare alcun sollievo (1): nè parmi che espressione dell'*amor fervido dell'arte* fossero i baci che il nobilissimo vescovo dava ai malati siccome a' fratelli; bensì dello spirito di carità ch' esso voleva trasfondere in coloro che gl'infermi stessi doveano curare. « Verum per philosophiam suam hoc aliis praescribens, ut ad aegrorum corporum curationem accedere non vererentur (2) ».

Cap. IX. ». In *Aguirre*. Collect. Concilior. Hisp., II, 647 (Romæ, 1694), e quindi riferito dall'Heusinger nell' « Ein Beitrag zur ältesten Geschichte der Krankenhäuser im Occidente (Janus I, 771) ». — Masona fu vescovo dal 573 circa fino al 606.

(1) S. Gregor. Nazian., Op. omn. Coloniae 1620, T. I, Orat. XX, pag. 333. — Lo stesso S. Basilio scriveva, essendo già vecchio, ch'egli sin dalla prima infanzia era stato ognora malaticcio. (Epist. CCIII. In Op. omn. Paris, 1730, III, 299).

(2) S. Gregor. Nazianz., Op. c., pag. 360. — Crede il Puccinotti di essere stato il primo de'medici a ricordare che S. Basilio fu medico e filosofo, ed a lui si deve la fondazione d'un grande ospitale nei sobborghi di Cesarea: ma, oltre che l'Eloy registrava nel suo Dizionario il vescovo di Cesarea,

Con ciò per altro non vuolsi negare che nei monasterj orientali non si coltivasse la medicina; solamente dobbiamo guardarci dall'esagerarne l'importanza. Del che accortosi eziandio il nostro Autore nel IV capitolo in cui parla « Del genere sempre misto della medicina jeratica e laicale tanto presso i monaci che presso i cavalieri gerosolomitani », conchiudeva: che come la medicina jeratica, non potè sempre star chiusa nei Serapei e negli Asclepj, ma da questi i medici escivano a curare al di fuori, dal di fuori i medici entravano a curare e ad ammaestrarsi ivi entro; lo stesso e più prestamente avvenne negli ospedali monastici del medio evo. E però ai *troppo favoreggiatori del monachismo* non tace, che i sodalizj monastici nosocomiali ebbero perpetua ed assoluta necessità di ajuti dai medici laici. « Allorchè adunque si parla di medicina monastica, si parla di una medicina non esclusiva, ma *confederata* alla laicale, ed assunta dai monaci per renderla caritatevolmente più diffusa e più benefica nella classe povera, e per immedesimare colla scienza il carattere del nuovo spirito religioso (p. 243) ».

Negli Ordini equestri del medio evo si trova la ragione e la forma del transito della medicina monastica alla laicale (pag. 242), colla quale infine quella si confonde. Il sacerdote medico, il sacerdote che assume ogni ordine di sapienza civile, appare tanto ne' secoli di civiltà

l' Hecker fin dal 1834 nella *Medicin. Zeitung des Vereins für Preussen* (N. 21) pubblicuva: « Nachrichten über den Ursprung der christlichen Krankenpflege insbesonder über die vom heiligen Basilius in IV Jahrhundert gegründeten Krankenanstalten in Kappodocien ». — Di tale ospizio, o ptocotrofio, e del monastero che v'era unito fu fatto rettore *vir eximiae virtutis, Sacerdos nomine*; e S. Basilio v'andava spessissimo tanto *ut pauperum curam gereret*, quanto ancora *ut monasterium inviseret*. (Vita S. Basilii. In S. Basilii Op. omn., III, p. CXV).

incipiente, che negli altri, come il medio evo, di civiltà trasformantesi per rinnovamento di religione. Ma viene il tempo in cui la civiltà fatta adulta, o trasformata, non più consente che il reggimento politico, il religioso ed il sanitario stiano nella stessa mano. A sentire il Puccinotti i chierici senza dolersene deposero le molteplici potestà « fissi senza posa mirando al fine ch' era quello di stampare indelebilmente e sopra ogni cosa l'impronta cristiana, nel resto invocavano e prendevano, confederandosi, ajuto in tutto e da tutti (pag. 243) ». Rara ingenuità, o singolare oblio della storia! E quando questa nol dicesse, come può credersi che la chierisia, la quale avea detto ogni umana creatura dover esserle soggetta per ottenere salute (1), a malincuore non vedesse sorgere la potenza laicale, e non s' adoprasse di contrastarle il dominio?

Ma i Cavalieri di S. Giovanni, di S. Lazzaro e di S. Benedetto se, dedicandosi co' monaci alla cura de' pellegrini infermi e de' militi crociati feriti, *ripresero l'arte medica e chirurgica e rinascer fecero i fatti nella purezza loro* (p. 47), ben presto ebbero d'uopo di medici che all'ordine non appartenevano. Lo statuto dei Gioanniti, compilato nel 1181, ammetteva che per l'ospitale di Gerusalemme fossero stipendiati quattro esperti medici che sapessero conoscere le qualità dell'orina, le diverse malattie, ed anche preparare i medicamenti (2).

---

(1) « . . . Porro subesse Romano Pontifici (diceva Bonifazio VIII nella famosa Bolla *Unam sanctam*, ecc.) omnem humanam creaturam declaramus, dicimus, et definimus omnino esse de necessitate salutis (In Dupuy, « Hist. du différend d'entre le pape Boniface VIII et Philippe le Bel, roy de France, etc. ». Paris, 1665. Preuves, pag. 54. — Tosti, « Storia di Bonifazio VIII ». Monte Cassino, 1846, tom. II, pag. 153) ».

(2) Haeser, « Geschichte cristlicher Krankenpflege und Pflegerschaften ». Berlin, 1857, pag. 116-119.

Rispetto all'origine degli ospedali, il Puccinotti scrive che gli storici s' ingannano quando dicono che quelli cominciarono dai cristiani. « I cristiani li aprirono a tutte le classi sociali e massimamente ai poveri: vi fecero entrare la croce e la carità; ma come stabilimenti per gli infermi, *Xenodochia, Nosocomia,* essi esistevano già in tutti i Serapei, gli Asclepii e i Ginnasii dell'antichità. E quando Basilio ne eresse e convertì il primo alle opere di carità cristiana in Cesarea, sussistevano ancora in Alessandria, in Pergamo, in Atene, Smirne, benchè disastrati e in rovina, i Xenodochii dei gentili (p. 111) ». Avrebbe potuto altresì aggiungere, che molto prima dell'era nostra presso gl' Indiani trovansi instituti che ai nostri ricoveri ed ospitali benissimo corrispondono; non già che i cristiani, come vorrebbe l'Heusinger, da quelli derivassero i loro xenodochj e nosocomj (1): egli dimenticava i Valetudinarj de' Romani, e che la misericordia e la carità non sono unicamente inspirate dal Buddismo, ma sorgono pure spontanee dal cuore umano. Anche nell'antico Messico erano ospitali e ricoveri per i soldati invalidi (2).

Come la pensi l'illustre nostro storico intorno l'origine della Scuola Salernitana (argomento sul quale gli

---

(1) In. Janus I, 855; II, 393.

(2) « I must not omit, dice Prescott, to notice here on institution, the introduction of wich, in the Old World is ranged among the beneficient fruits of Christianity. Hospitals were established in the principal cities for cure of the sick, and the permanent refuge of the disables soldier; and surgeon were placed over them « vho were so far beter than those in Europe », says an old chronicler, that they did not protract the cure, in order to increase the pay (« History of the Conquest of Mexico ». New-Yorck, 1843, I, 48. — » Aztec Civilization », pag. 309. Account of Montezuma) ».

storici della medicina hanno lungamente, ed in questi ultimi giorni ancora con molto calore disputato) per le cose dette agevolmente può arguirsi; ma i lettori degli *Annali* debbono altresì saperlo, perchè io ne toccai discorrendo del libro del Daremberg *La Mèdecine, Histoire et doctrines* (1). Il bibliotecario della Mazzarina, dividendo l'opinione del nostro De Renzi (2) e di Enrico Haeser, professore a Breslavia (3), crede che laicale fosse l'origine e laicale la costituzione della celebre scuola, benchè monaci e preti secolari abbiano praticato ed insegnato la medicina a Salerno, e v' abbiano composto opere. Il Puccinotti invece sostiene che la medicina salernitana è il prodotto delle scuole Benedettine di Monte Cassino e di Salerno, e più precisamente « la Scuola detta Salernitana è Benedettina e Cassinense di origine, è Benedettina dal sesto al duodecimo secolo, e da questa monastica scuola di genere misto, dai medesimi institutori aperta prima in Monte Cassino, poscia in Salerno, venne fuori la forma completa laicale che assunse la Scuola Salernitana nel secolo decimoterzo ». Nè soltanto su questo punto il professore di Storia della medicina nell'Istituto di Firenze è discorde dal professore del Collegio di Francia: così mentre quegli dà merito al monaco Costantino d'avere scritto del proprio parecchie opere, fra le quali il *Viaticum*, e fors' anche i libri *De Choitu* e *De Anatomia* (4); questi

---

(1) « Ann. univ. di Med. », vol. CXCIII.

(2) « Stor. docum. della scuola medica di Salerno »; seconda edizione, pag. 147.

(3) « Ueber die medicinische Lehranstalt zu Salerno und ihr Verhältniss zu den Mönchsschulen des Mittelalters ». (In Janus N. F. Gotha, 1851, I, 88).

(4) C. XIX. Se il *Viaticum* di Costantino sia opera originale: — *Viatici peregrinantium* (gli Efodi) *fragmentum* ex Cod. 4, plut. 75. *Bibliothecae Mediceo-Laurentianae* (in gre-

invece assevera che Costantino nulla o quasi nulla ha composto di suo, che tutte le sue opere sono traduzioni o plagj destramente mascherati, e finalmente ch' egli ha tradotto dall'arabo e non dal greco. E poichè il Puccinotti dichiara essere così convinto, massimamente per l'esame ed il confronto fatto del Viatico latino del Codice Riccardiano col Viatico greco del Codice della Biblioteca Laurenziana; vedremo se lo stesso Daremberg, pubblicando le sue Lezioni di Storia della medicina, tenga sempre ferma, malgrado le nuove ragioni, la prima sua opinione, cioè che il *Viaticum* Costantiniano sia la traduzione latina dell'arabo *Viaticum peregrinantium*, che veramente sarebbe l'originale, secondo che anche più sopra fu enunciato: nè in altro modo che per l'attento confronto dei varj codici può questo decidersi. Inoltre per il Puccinotti, Costantino non solo è autore originale ma anche capo scuola; il quale allargò le teoriche galeniche sicchè fossero affatto escluse le antiche traccie di metodismo sino allora conservate dagli scrittori salernitani (1). E notisi che la questione dei meriti del monaco Cassinense dal nostro storico con ingegnoso artifizio è

---

co). *Viaticum Costantini ex Codice Riccardiano*, 922, *a.* 5 (lo stesso frammento in latino).

C. XX. Di altri due libri forse originali di Costantino: il libro *De Chòitu* e l'altro *De Anatomia.* Frammento intitolato: *Costantini Anathomia.*

(1) La scuola di Costantino forma, secondo il Puccinotti, il 3.° periodo della Scuola Salernitana che da Garioponto va fino a tutto il secolo XII, la sua *Scuola non si ecclissa che quando l'arabismo soperchia, e la filosofia scolastica sommerge la scienza nel frastuono di vani argomenti e parole* (p. 317). — Il 1.° periodo è *l'empirico e nosocomiale della Medicina de' Monaci;* il 2.°, da lui detto *periodo de' Codici Cassinensi*, va dal IX al principio dell'XI secolo ed è chiuso da Garioponto.

collegata con l'altra dell'origine della Scuola di Salerno: questa, ei dice, si è voluta laicale, e *quello affatto annientare* per la stessa tendenza morale del secolo nostro, l'avversione ai monaci ed al monachismo (1). Ma quei biasimi non sono nuovi; e nel secolo XIII e XIV glieli mossero anche uomini di chiesa (2): crede poi davvero il Puccinotti che sia giudizio di *storia imparziale* chiamare Costantino, siccome fece il suo confratello Pietro, diacono da Monte Cassino, *orientis et occidentis magister, novusque effulgens Hippocrates?* (3). Per altro non può negarsi che la critica, sì antica che nuova, non siasi, quasi con certa compiacenza, sbracciata intorno al povero monaco Cassinense, mentre con altri fu meno curiosa, o più indulgente.

Ma è pur bene sentire con le parole stesse del chiarissimo storico come la Scuola Salernitana finisse, e quali ne fossero i meriti. « Egidio di Corbeil, Matteo Salomone e Ruggero da Parma abbandonano la cadente scuola monastica per recarsi a diffonderne altrove i ricevuti ammaestramenti, e rappresentano il trasportarsi della stessa scienza dal *Didascaleon* cassinense e salernitano nelle Università e negli ospedali laicamente condotti. La storia non considera più la medicina salernitana che come uno studio municipale. Essa ha perduto per sempre la sua generale influenza sull'andamento della scienza in Europa. Ma essa fu la conservatrice della igiene cristiana già fondata da Clemente Alessandrino, ed ha il merito di aver retto questo supremo principio della scienza sanitaria che si lega colla legge e con Dio. Essa ha il merito di aver conservato il principio della forza attiva della vi-

(1) Pag. 318, 331.

(2) P. e. Simone da Genova che fu cappellano di Nicolò IV.

(3) « De viribus illustris Cassinensibus ». In Graevii, « Thesaur. antiq. et histor. ». Tom. IX, P. I, 368.

ta, rilevato dalle dipinture ippocratiche dello stato morboso, e valutato nelle cure e nei concetti delle digestioni ed espulsioni della morbosa materia, fondamento anche esso di cristiana filosofia, poichè il principio attivo della vita porta con sè la prova della creazione. Ricca di mezzi e potente di relazioni la monastica scuola organizzò e sostenne ne' secoli i più oscuri il medico sodalizio con isplendidezza di opere e d'insegnamento. Raccolse dal prossimo greco impero tutti i migliori avanzi della medicina greco-latina e li adunò ne' suoi Codici. Aprì e sostenne farmacie ed ospedali e balnearj stabilimenti, dove empiricamente prima e colla scienza Galenica dopo, vennero praticate la medicina e la chirurgia con limitato sapere; ma con illimitato zelo e carità. A differenza de' Bizantini e de' minori Greci, i monaci e laici maestri sì Cassinensi che Salernitani, come accesi di vero spirito cristiano, respinsero cabale, magie, astrologie ed altre scienze false dalla loro arte medica. Furono insomma conservatori e depuratori della medicina bizantina, ed i primi che offerirono all'Europa il modello d'un monastico instituto, che era insieme Ginnasio di medicina nosocomiale cattedratica (pag. 383) ».

I meriti della Scuola Salernitana sono grandi senza dubbio, e noi italiani dobbiamo considerarli come patria gloria: nulladimeno non dobbiamo innamorarcene da parere, nell'esporli, più che storici, panegiristi. Duolmi che i limiti imposti mi vietino di fermarmi anche per poco intorno le principali opere dei maestri salernitani, onde mostrarne i *reali* pregj. Neppure prenderemo lo spasso di rammentare come nella *Civitas hippocratica* s'insegnasse il modo d'accattare riputazione, di cogliere tutto l'onore della cura se felice, e di schivare ogni biasimo se sfortunata. Per la stessa ragione, e fors'anche per fare omaggio al pudore, taceremo i precetti che da quei bravi professori e da quelle venerande matrone

(giacchè queste pure vi tenevano cattedra, siccome un pò più innanzi vedremo) erano dati onde tentare di tener fermo il volubile Cupido, di rendere Venere feconda, e di accrescere gli amorosi diletti. Altrove ebbi occasione di mostrare, che se la Scuola Salernitana ha il merito grandissimo di *avere conservato la buona medicina*, i suoi discepoli non sempre praticarono l'arte con *illimitato zelo e carità* (1). E per vero nel *Flos medicinae* della Scuola di Salerno è al medico raccomandato di chiedere il prezzo delle sue cure allora che maggiore è lo spasimo, anzi di voler pegno che assicuri le promesse strappate di mezzo allo strazio de' visceri (2): e perchè queste raccomandazioni son fatte anche da Egidio Corbeil, l'archiatro di Filippo Augusto di Francia, che fu il cantore dell'ultimo periodo della medicina salernitana, dee credersi che quella fosse usanza non di un individuo ma dell'intera scuola. La quale specie d'estorsione volevano que' barbassori anche onestare siccome mezzo *ad praecavendam aegrotorum ingratitudinem!*

Ma eziandio il Puccinotti avrebbe voluto qualche cosa di più dai Benedettini medici e dalla Scuola di Costantino: egli avrebbe voluto che, invece di dare al mondo tanta copia di trattati o di antidotarj, tutti somiglianti fra loro, sì che lettone uno si sono letti tutti, avessero raccolto altrettanta copia di cliniche osservazioni ne' loro ospedali, e ci avessero dato, o libri foggiati sul modello degli Epidemj d'Ippocrate, o raccolte di storie di malattie, chè pur tante dovettero vederne e trattarne. Con ciò, egli dice, i Salernitani avrebbero reso maggior vantaggio alla scienze, ed insieme si sarebbero salvati dal-

(1) Corradi. « Della Medicina nell'ordine morale ». In Osservat. med. di Palermo. A. 1864.

(2) Collect. Salern. V, 103.

l'obblio in che caddero appresso (p. 384). Ma osservare e dar conto dell'osservato è già creare; ed il tempo di creare in medicina non era per anco ritornato! Chieder tanto in allora è troppo: nulladimeno per esser giusti è pur d'uopo di dire, che anche su questa via tentarono di mettersi i Salernitani, e siane esempio la Pratica di maestro Bartolomeo.

Quantunque gli avanzi di biblioteche antiche e di farmacie presso altri monasterj ed ospedali, e l'ingente numero di antichi codici di medicina passati da cotesti pii luoghi alle biblioteche regie e degli Stati persuadano che molte altre simili mediche scuole vi fossero in Europa e in Italia; *tuttavia è consentaneo alle celebrità del luogo, dei maestri e della scuola il rappresentare questo periodo storico di medicina occidentale col titolo di Medicina Salernitana*, giacchè la storia non conosce instituto più celebre del Cassinense e del Salernitano (pag. 227). Ma perchè a Salerno e non altronde dove pure erano abbazie cassinensi, e quindi *scuole mediche e ospedali ed altro che occorre all'ammaestramento della medicina*, tanta fama e tanto splendore! Perchè di Francia, d'Inghilterra e di Germania vanno ad istruirsi nella *Civitas hippocratica*? Cos'è che li attrae: forse l'aria salubre, e la bella vista del golfo? No di certo, risponde il Daremberg, *ce sont les leçons des maîtres, et certainement aussi les visites au lit du malade*. Del pari nel cinquecento i grandi maestri aveano fatto di Padova una novella Salerno, e le lezioni di Vesalio, di Fallopia, di Colombo erano ascoltate da giovani accorsi da ogni parte d'Europa.

Il Daremberg scostandosi dal primo suo avviso, pare abbia deposto il pensiero di sciogliere il problema delle *origini* della Scuola di Salerno; intorno le quali, siccome rispetto al nascere d'ogni altra scuola, nulla sappiamo di sicuro. « Aucune de ces écoles ne surgit à jour fixe ou

dans une circonstance déterminée; c'est une oeuvre du temps, et le résultat du concours successif d'un grand nombre de personnes et d'événements; au moment où le nom et la renommée d'une école entrent dans le domaine de l'histoire, les traces authentiques des premières origines sont déjà effacées. Ces créations sont le produit naturel et presque spontané du milieu médical que nous trouvons partout si fécond, en dépit de *l'ignorance* et de la *superstition* (1) ». Egli ricorda che fra il I e il III secolo libri latini di medicina sono stati scritti, compilati o tradotti sopra libri greci; che in Italia, in Ispagna, nella Gallia, in Germania, in Inghilterra le scuole imperiali, modelli delle scuole palatine dei re Merovingi e Carlovingi, sussistevano con parte della loro dote fino alla metà del VII secolo. A lato di queste due specie di scuole, altre ne sorgevano esclusivamente clericali; ma queste poscia soprastarono, e mentre che a principio ebbero un carattere quasi privato, divennero istituzioni pubbliche stando pur sempre ne' chiostri e nelle chiese, proteggendo ad un tempo le lettere ed i letterati. Nel Codice longobardo troviamo parecchi nomi di medici e diverse prove che la medicina fu consultata nel dettare quelle leggi. I re Merovingi e Carlovingi avevano i loro archiatri; nei Capitolari dell'anno 805 e 827 Carlomagno rammenta, come nel giuramento d'Ippocrate, che bisogna esser iniziato alla medicina fin dall'infanzia; un manoscritto di Milano dimostra che fin dall'VIII secolo davansi a Ravenna lezioni pubbliche di medicina; nello stesso tempo il Trattato di Botanica d'Apulejo era tradotto in anglo-sassone; parimente nell'VIII secolo a S. Gallo tra-

---

(1) « Résumé de l'Histoire de la Médecine dépuis le VIII siècle après J. C. jusqu'au XV ». Leçon d'ouverture, le 11 déc. 1866 (« Union médicale », 1866).

scrivevansi manoscritti medici; le Badie di Monte Cassino e di Einsiedeln ne serbano tuttora alcuni che risalgono al IX, X e XI secolo; il cronista Richero, nel X secolo, viaggiava in cerca di Codici medici, e loda specialmente quelli trovati a Chartres; Ozanam, De Renzi e lo stesso Daremberg hanno raccolto moltissimi nomi di medici, quasi tutti laici, dall'VIII al XIII secolo negli archivj di Lucca, di Cremona, di Pistoja, di Napoli, della Cava, di Monte Cassino o nelle cronache. Pertanto in tutte le vaste regioni che già formarono l'impero romano, e poscia divennero regni de' barbari, i medici furon sempre, e con loro continuò la medicina e l'insegnamento medico, i manoscritti medici e le storie ne fanno fede. « C'est pour avoir méconnu l'existence de l'enseignement médical et des livres médicaux durant la première période du moyen âge qu'on s'est mépris sur le caractère de l'école de Salerne, qu'on a cherché à cette école des origines précises, et qu'on l'a considerée comme une exception ». Le quali considerazioni dell'illustre storico riconfermano le cose da noi sopra dette.

Il Puccinotti tutto intento ad assicurare l'origine monastica della scuola di Salerno, non si è punto curato di spargere maggiore luce sulla medicina laicale, quantunque ammetta, che l'esistenza di questa sia incontrastabile come nell'Oriente così nell'Occidente cristiano negli stessi secoli (1). E veramente nel suo sistema che i

---

(1) Malgrado ciò, malgrado che ammetta una continuazione non mai interrotta della medicina demotica, non parla il Puccinotti delle scuole imperiali, delle leggi in proposito dell'imperatore Valentiniano, degli Archiatri, del *Collegium Archiatrorum* e delle cose che nel Codice Teodosiano e nelle Pandette di Giustiniano riguardano l'esercizio della medicina, la polizia medica e la medicina legale. Il Codice Longobardo, il Furo Juzgo dei Visigoti di Spagna, e le altre *Leges Barbarorum* sotto tale rispetto

monaci soltanto *(portando in Monte Cassino la medicina de' Padri della Chiesa che sino da Alessandria si adoperarono a trasceglierla e spogliarla delle pagane filosofie, e quella dei greci minori che la parte pratica antica conservarono, e l'ultima de' bizantini già penetrata dallo spirito del nuovo culto)* abbiano conservata e mantenuta interrotta la connessione della scienza tra il passato e l' avvenire; in tale sistema, dico, l' opera dei medici laici si annulla, o rimane affatto nell'ombra. I medici laici, incalza il medesimo, non poterono in Europa nè dare, nè restituir vita alla scienza: e se il potevano, certo è che nol fecero; fu solamente quando incorporati entro ai sodalizj cenobitici, ivi trovarono ospedali, ivi biblioteche, ivi insomma tutti i mezzi atti ad escire dal ruolo de'mestieranti, ed entrare in quello de' scienziati (pag. 249).

Ma qui è da chiedere: i monaci portarono davvero la medicina in Occidente? Il Puccinotti lo dà per sicuro, ammettendo che S. Benedetto trasse la sua Regola da quella dei Basiliani, già stabilitisi, secondo il Mabillon, nel monastero di Classe in Ravenna, il cui istitutore, istruito nella medicina, era nell'ospedale di Cesarea il *primo medicatore ed agli altri maestro* (p. 227). Se non che noi più sopra vedemmo come S. Basilio non avea fatto della medicina che uno studio speculativo; e qui aggiungiamo che nella sua Regola non appare punto il precetto di medicare (1). In

---

doveano pur essere consultate. Egli dice soltanto che appo i Franchi, i Goti, i Longobardi trovansi leggi riguardanti medici, chirurghi, ostetricanti e farmacisti (p. 238).

(1) Al 286° capitolo della *Regola breve* è quistione se ammalando un prete in convento *in hospitalem domum abducendus sit;* e si risponde *Habenda est ratio loci cujusque, et finis, qui accomodetur ad communem utilitatem, ad gloriam Dei (S. Basilii,* Op. omn., II., 516). Nelle *Regulæ fusius tractatæ* è discorso pure della medicina, ed anche è detto, che, quando sia ragio-

appoggio della sua tesi il Puccinotti cita il capitolo XXXVI della Regola Benedettina: ma in questo *(De Infirmis Fratibus)* non è punto detto, che i religiosi infermi dai confratelli *medici* fossero medicati; e che il Santo prescrivendo *Infirmorum cura ante omnia et super omnia adhibenda est,* intendesse, e non altro, che i malati amorosamente doveano essere ajutati e serviti dagli altri monaci, apertamente lo dice con le parole che seguono: *ut sicut revera Christo, ita eis serviatur* (1): così pure intesero i commentatori della Regola cominciando dai più antichi. Nè in altra parte della Regola stessa troviamo che la medicina sia imposta come speculazione, o come pratica.

Negheremo perciò che i Benedettini medicina studiassero ed esercitassero? No di certo: eglino poterono, poichè il loro fondatore aveva fervorosamente raccomandati gli studj, comprendere fra questi eziandio la medicina, e quindi esercitarla, avendo per precetto di servire agl' in-

---

nevole, *medicum advocemus* purchè non abbandonisi quella speranza che dee aversi in Dio. La medicina è eziandio lodata perchè contribuisce a mantenere la continenza e la sobrietà; perchè essa pure con li suoi precetti mezzo diviene di mortificazione (ivi, p. 400): e ciò forse era detto per mitigare quegli austeri, o piuttosto inumani cenobiti, i quali volevano che alle infermità del corpo non si prestasse rimedio che non fosse spirituale.

(1) « Quibus fratribus infirmis *(è pur detto nello stesso Capitolo)* sit cella super se deputata, et servitor timens Deum, et diligens ac sollicitus.... Curam autem maximam habeat abbas ne *(infirmi)* a cellerariis aut servitoribus negligentur ». — Nelle Regole di Sant' Antonio, di S. Macario, di S. Pacomio questa amorosa sollecitudine de' malati è pure raccomandata. « Cellerarius *(si legge nel Cap.* 25 *della Regola Orientale)* nihil ægrotantium desideriis neget, ex his quæ habuerit, quantum necesse fuerit ».

fermi. Soltanto non può concedersi che nella *Regola di Monte Cassino sia riprodotta ed effettuata la legge di continuazione della scienza medica nel trasferirsi dall' Oriente cristiano all' Occidente*, come se in quella l'esercizio e lo studio della medicina fosse essenzialmente congiunto. La medicina vi entrava chiamata dalle umane necessità, in servizio della carità che sola è impotente a vincere le malattie, pur giovandosi delle paterne sollecitudini del cellerario (1). E poichè lo Statuto Benedettino ne' primi anni volle, che non più di 12 monaci fossero ne' chiostri dell' ordine (2); il bisogno di medici sussidiarj ben tosto, per confessione dello stesso Puccinotti, si dovè far sentire: e *que' laici erano chiamati dalle città vicine secondo il merito e la riputazione loro* (p. 249). Ora dunque cotesti medici entrando negli ospedali del cenobio quali dottrine e quali pratiche curative vi potevano arrecare se non le apprese in iscuole che non erano quelle dell' ordine? Ed ecco che fin dal suo esordio la *medicina monastica* (quando una tal medicina come *specie* si voglia tenere distinta) è già mista e vincolata con la laicale. D'altra parte i medici laici videro fra breve il campo de'loro studj e delle loro osservazioni, gli ospedali, in mano della chieresia; imperocchè fin dal principio del IV secolo il Concilio di Nicea avea decretato, che in ogni città fosse un luogo separato per i pellegrini, per i malati ed i poveri; il quale xenodochio era sotto la dipendenza del vescovo per modo, che a lui spettava di nominarne il Rettore purchè fosse qualche eremita, *ex fratribus*, cioè, *qui habitant in deserto* (3).

---

(1) Al Cellerario era ingiunto di essere siccome padre di tutta la Congregazione « Infirmorum, infantium, hospitumque cum omni sollecitudine curam gerat ».

(2) Mabillon, « Annal. Benedict. », L. II., C. II.

(3) « Qui sit etiam vir probus, et hunc præficiat xenodo-

I monasteri furono solleciti di aprire alla loro porta il pellegrinario e l'ospizio de'poveri, imperocchè la benefica opera era eziandio *remissio peccatorum, solutio iniquitatis, et appropinquatio ad Deum*. Ma il xenodochio naturalmente diveniva nosocomio; e tanto più lo diveniva che i valetudinarj erano chiusi, nè le caritatevoli istituzioni de'gentili da altre erano sostituite. Dove gli ecclesiastici si persuadevano, come avvenne dei Benedettini, che l'alleanza della scienza accresce i frutti della carità; i medici laici trovavano nel monastero, nell'episcopio, non solamente de'malati, ma uomini che ben volentieri si facevano loro compagni nello studio e nella pratica, e che per giovare all'uno ed all'altra a canto il Rituale e la Bibbia ponevano negli scaffali gli Aforismi d'Ippocrate, i Commentarj di Galeno, i Trattati ginecologici dei compilatori di Sorano (1). A Salerno la cosa sarebbe andata appunto così: « i pochi medici laici esistenti in Salerno si uniscono ai monaci, e cooperano insieme e danno origine alla Scuola Salernitana (p. 272) ». E allora perchè alquante pagine prima il Puccinotti dice così assolutamente, che questa scuola fu *benedettina e cassinense d'origine*, *sempre benedettina dal sesto al duodecimo secolo* (p. 247)? Ma neppure questa conciliazione di scuola *monastico-laicale* potrebbe accogliersi, giusta il De Renzi; il quale al nostro storico fa riflettere, che mentre non vi è alcuna

---

chio, qui in eo faciat lectos, et quæcumque infirmis et pauperibus opus sunt (Concil. Nicaeum generale, A. 325 C. LXX. In. Concilior. omn. ampliss. Collect Florent. 1759, II. 976).

(1) Il Puccinotti ignora che tutta l'opera di Sorano περὶ Γυναικείων παθῶν è stata finalmente trovata e pubblicata sopra un mss. greco di Parigi e della Barberina di Roma dal Dietz e dal Lobeck a Königsberg nel 1838 « Sorani Ephesii de Arte obstetricia morbisque mulierum quæ supersunt. Ex apographa F. Rainholdi Dietz nuper fato perfuncti primum edita ».

prova positiva che i Benedettini abbiano fondato la scuola di Salerno; vi sono per l' opposto molte prove negative: d'altronde la scuola non si è mai raccolta nei cenobj dei Benedettini in Salerno, ma nella chiesa di S. Pietro ad Curtim che è stata la cappella dei principi da Arechi avversario di Carlomagno in poi (1).

In ogni modo la medicina secolaresca diveniva, se vuolsi, *monastica od ecclesiastica* perchè ne'monasteri e appo le chiese era obbligato d'esercitare, non già che entrata in que' luoghi e nelle novelle funzioni si mutasse per effetto di una dottrina o di un sistema da lei preso per guida. « Dès les temps les plus anciens, je ne trouve, dice il Daremberg, que des livres et des autorités laïques: la *Somme médicale* (Pratica di Petroncello) est un ouvrage tiré des sources classiques (2) ». E Cassiodoro, soggiungo io, ai monaci che dovevano curare i malati consigliava di leggere Dioscoride, Ippocrate e Galeno, voltati in latino, se di greco non sapevano, Celio Aurelio (Aureliano), ed una compilazione di diversi autori (3).

Che l'amore e la carità del nuovo culto si trasfondesse parimente in coloro che la medicina esercitavano, niun dubbio; imperocchè anche i medici hanno cuore e sono uomini. Che i beneficj dell'arte per ciò stesso divenissero ognor più universali, concediamo ancora: ma che l'*elemento religioso, che tramezza ed equilibra il positivo romano e lo speculativo greco*, e quindi è *nuova equipollenza di antichi elementi*, rappresenti nientemeno che il metodo e sia teorica e pratica insieme, per modo che la medicina col solo venire tra i cristiani abbia ripreso, come scienza, novella vita (pag. 278);

---

(1) Stor. Docum., ecc., p. CLXXI.

(2) Daremberg « La médecine », ecc., p. 132.

(3) De Instit. divin. litterar. C. 31 (Op. omn. Venet. 1729 II. 526).

quest'è, dico, che al Puccinotti non può concedersi. Nè per contrastare a siffatto suo pensiero ricercheremo fino a qual punto nella nuova religione sia una *guarentigia di quel metodo di scuoprire la verità nello studio della natura*, da lui chiamata filosofia matematica; bensì opporremo il fatto, più sopra accennato, che gli effetti di tale influsso non si mostrarono nè dove, nè in que'tempi in cui desso era maggiore. Assai tardi le menti si persuasero che nello studio dei fenomeni naturali bisogna prendere per punto di appoggio l'esperienza ed il calcolo, e quest'è sì vero, che il nostro medesimo Autore protrae il medio-evo della medicina, contro la consuetudine, fino al sorgere di Galileo, che aprì la storia moderna delle scienze naturali dimostrando, *la filosofia della squadra, del compasso e del numero essere la sola che convenisse agli studj della fisica del mondo* (pag. 56). D'altra parte in que'primi secoli dell'era nostra non trattavasi di rilegare le *libertà licenziose del pensiero* de'medici.

Oribasio ed i suoi seguaci non sapevano di filosofia, compilavano somme e ricettarj, e con questi e quelle, invocando Galeno oppure da semplici empirici, si conducevano nella pratica. Quelli stessi che imbottavano nebbia, speculando intorno gli occulti influssi degli astri e degli spiriti, non vagavano liberamente; si tenevano stretti a Plotino, a Porfirio ed alla sua scuola; imperocchè l'autorità soggiogava le menti anche nei trascorsi della fantasia e nelle superstizioni. Finalmente, e noi avremo occasione di vederlo in appresso, si giunse a credere che buon cristiano si era tuttavia tirando l'oroscopo, o consultando l'aspetto degli astri per sapere quando fosse il momento propizio per prender i medicamenti, o per celebrare le nozze. Marsilio Ficino, il buon canonico, tentò pur di mostrare che le visioni Plotiniane fossero non al tutto discordi dalla cristiana filosofia.

Fa meraviglia poi come il nostro Autore delle cose ecclesiastiche tanto studioso, e tanto tenero dell'ortodossia, non siasi accorto, o non faccia menzione delle leggi canoniche, le quali sin dai primi tempi proibivano, che i chierici la medicina, e più ancora la chirurgia, esercitassero. Giova in proposito rammentare quello che Paolo, vescovo di Emerita o Merida in Ispagna nella metà del IV secolo, rispondeva al gentiluomo che supplicavalo, siccome nella medicina espertissimo, di soccorrergli la moglie gravida, ed in pericolo di morte non potendo partorire. « Mihi quod hortatis facere non licet, qui etsi indignus, sacerdos Domini sum et sacrificium manibus meis offero Domino, et ideo quod dicis non possum implere: postmodum pollutas sacris altaribus manus inferam et divinae potestatis mox furorem incurram. Et adjecit: Ibimus in nomine Domini. Visitabimus eam et dabimus medicos ecclesiae (1), qui illi adhibeant medicinam, et in quantum scimus, ostendemus qualiter cura fiat. Nos tamen facere manu propria minime possumus (2) ». Ma il marito insistendo vieppiù, poichè in niun altro medico era da mettere speranza, il vescovo si decise d'intraprendere l'operazione, i predetti medici della chiesa avendogli promesso che niuno di loro avrebbe parlato (3). Il divieto ai chierici di esercitare medicina fu nei

---

(1) Ecco nuova prova che i medici *ecclesiastici*, o addetti alla chiesa, non erano sacerdoti.

(2) Paullus Diaconus, Op. cit., cap. IV. Paolo Diacono scriveva alla metà del VII secolo.

(3) Questa fu l'operazione. « Manus in nomine Domini super infirmam imposuit, in spe Dei mira subtilitate incisionem subtilissimam subtili cum ferramento fecit atque ipsum infantulum, jam putridum membratim compendiatim (in pezzi) abstraxit, mulierem vero jam pene mortuam, ac semivivam, adnitente Deo, viro suo confestim incolumem reddidit». L'Heusin-

secoli successivi mantenuto, e particolarmente nel XII riconfermato. Nel Concilio di Clermont, celebrato nel 1130, papa Innocenzo II lamentava, che canonici e monaci *spreta beatorum Benedicti et Augustino regula* (1), *neglecta animarum cura, ordinis sui propositum nullatenus attendentes pro detestanda pecunia sanitatem pollicentes, humanorum curatores se faciunt corporum. Cumque impudicus oculus impudici cordis sit nuncius, illa etiam, de quibus loqui erubesci honestas, non debet religio pertractare* ». Pertanto volendo che gli ordini religiosi nel santo loro instituto si conservassero, *ne hoc ulterius praesumatur*, per apostolica autorità veniva interdetto (2). Nulladimeno l'abuso continuò, non solo nel basso clero ma anche ne' prelati; per esempio nel secolo seguente noi troviamo il vescovo Teodorico di Cervia fra i più adoperati chirurghi. Per altro deve pur credersi che quella proibizione, rinnovata l'anno dopo nel Concilio di Rheims, e nel Lateranense del 1139, limitasse l'esercizio dell'arte medica fra gli ecclesiastici, essendo che minacciavansi insieme i vescovi, gli abbati ed i priori di spogliarli de' loro onori se a *tanta enormità consentissero.*

Ecco adunque che anche nel sistema del Puccinotti non sarebbe stata del tutto *spontanea* la cessione della scuola da parte de' Benedettini di Salerno a' medici laici,

---

ger, che pel primo ha fatto conoscere ai medici quest' interessante documento, ritiene che quella fosse una *laparotomia per gravidanza extra-uterina.* (Ueber Paulus Arzt und Bischof von Emerita der zuerst den Kaiserschnitt an einer Lebenden verrichtet haben soll (In Janus, I, 764).

(1) Questo convalida ciò che più sopra dicemmo, e cioè che nella regola benedettina non v'ha il precetto di medicare.

(2) Mansi, Coll. Concil., XXI, 437.

quando l'educazione monastica ebbe completato il suo ufficio. Se non che Egidio di Corbeil adduce ben altre cagioni della decadenza della celebre scuola; essa non era più la *Civitas Hippocratica,* nè più v'insegnavano maestri che valessero a mantenerle l'antico splendore:

« Onimis a ritu veterum, si dicere fas est.
A recto quoque judicio censura Salerni
Devia, cum tolerat, animo cum sustinet aequo
Nondum maturas medicorum surgere plantas,
Impubes pueros Hippocratica tradere jura
Atque Machaonicas sancire et fundere leges,
Doctrina quibus esset opus ferulaeque flagello
Et pendere magis vetuli doctoris ab ore,
Quam sibi non dignas cathedrae praesumere laudes ».

Ma anche prima che tanto lume di scienza si oscurasse, brutte voci correvano sull'onestà de'nostri medici. Un poeta tedesco nella corte di Rinaldo, Arcivescovo di Colonia (1), così cantava ritornando da Salerno dov' era andato per imparare medicina:

« Laudibus eternum, nullus negat esse Salernum,
Illuc pro morbis totus circumfluit orbis.
Nec debet sperni, fateor, doctrina Salerni,
Quamvis exosa mihi sit gens illa dolosa (2) ».

E gli era *esosa,* a quel che pare, perchè gravemente malato, poco caritatevolmente n'era stato soccorso. Quei medici avendolo anche dato per morto; ma egli non si fa beffe, malgrado lo sbagliato pronostico, della scienza salernitana; bensì lamenta di essere stato ridotto alla miseria:

« Nec me nudavit ludus neque fur spoliavit, pro solo

(1) Negli anni 1162-1164.

(2) Jaffé Philip., De arte medica saeculi XII. Diss. inaug. Berolini, 1853, pag. 16.

victu sic sum spoliatus amictu pro victu vestes consumpsi, dii mihi testes ».

Perchè poi tacere delle medichesse di Salerno, di Abella, di Mercuriade, di Rebecca, di Trotula, della famosa Trotula di Ruggiero, moglie, secondo il De Renzi, di Giovanni Plateario il vecchio, il primo stipite d'una famiglia di medici? E benchè col sistema adottato dall'Autore le donne e le professoresse punto si accordino, nulladimeno credo che tale silenzio non sia di proposito, ma semplice effetto di dimenticanza.

La qual cosa credo tanto più volentieri, che veggo dimenticati altri scrittori, che ben doveano essere ricordati da chi con tanto amore e dottrina ha procurato di metter in bella luce i meriti de' monaci e de' sacerdoti nelle scienze e nella medicina. Tali sono il venerabile Beda, Rabano abate di Fulda e arcivescovo di Magonza (1), Walafrido Strabo abate di Reichenau, Ottone di Meudon o di Morimont (noto sotto il nome di *Macer Floridus*) abate di Beauprai, Marboldo vescovo di Rennes in Bretagna. Poteva eziandio ricordare la famosa Ildegarda badessa nel monastero di Rupertsberg presso Bingen, dal Carpzovio posta fra i santi medici, ed i cui libri *subtilitatum diversarum naturarum creaturarum* furono anche ristampati nella *Patrologia Christiana* del Migne (2).

---

(1) Il chiarissimo P. Bart. Sorio ha pubblicato testè una dissertazione « Rabano Mauro abate di Fulda e Dante Alighieri nell'uso dell'arte cabalistica », nella quale mostra come il sommo nostro poeta imitasse in alcuni luoghi del Paradiso una scrittura in versi del Fuldense (De laudibus sanctae Crucis). L'imitazione fu da suo pari, cioè recando la cosa imparata alla maggior eccellenza poetica. (In Opusc. relig. letter. e mor. di Modena, 1867, IX, pag.218-248).

(2) Tom. CXCVII.

Se a questa *Physica* il Puccinotti avesse fatto attenzione, si sarebbe persuaso che anche nei monasterj la medicina non si era sufficientemente *depurata;* il *lapidarius* od il libro de *lapidibus pretiosis* del vescovo Marboldo fu tradotto per molta parte da ser Zucchero Bencivenni, e su di lui furono composti i varj trattatelli della natura e virtù delle pietre preziose che correvano fra il popolo; onde poscia fu possibile al Boccaccio di dire che Calandrino credeva, avendo addosso l'Elitropia, non essere da chi che si fosse veduto. E tanto basti.

Venti Documenti, che occupano non meno di 263 pagine, corredano questo volume di cui accrescono il pregio, mentre che ne rendono vieppiù benemerito l'Autore. Ma per la maggior parte appartengono essi ai secoli di cui è discorso nel volume seguente. Il Puccinotti ne anticipò la stampa per accorciare gl' intervalli troppo lunghi, che correvano tra la pubblicazione d' un fascicolo e l' altro del testo; e perchè leggendo questo il lettore potesse avere sott' occhio i documenti che mano a mano vi si riferiscono. Oltre di che essendovi oggi, egli dice, molta gara fra gli storici nello scoprire e mettere in luce le pergamene ed i codici del medio evo, facendoli troppo a lungo riposare, è facile di vederli pubblicati prima da altri, e perdere così il conforto di essere stati i primi a notificarli; che è il solo compenso morale delle fatiche e delle spese incontrate in simili indagini. Finalmente premevagli di dare un pubblico testimonio di gratitudine agli amici e corrispondenti che furongli di ajuto nelle ricerche, nelle trascrizioni e nei consigli.

Per altro qui non sarà menzione che di due documenti, perchè eglino soli appartengono ai tempi che abbraccia il presente volume; de' rimanenti a suo luogo.

Il primo (VI della serie) è un ampio ragguaglio d' un Codice di medicina salernitana esistente nell' Ospedale di Santa Fina in Sangimignano scritto fra il XII e

il XIII secolo; assai pregevole perchè, oltre alquante varianti del *Regimen Sanitatis* (1), comprende tre interi trattati. Il 1.° è il *Compendium Salerni* più completo, meno scorretto, e più ordinato che non è quello che si conserva in un manoscritto della Laurenziana, e che il De Renzi, per non averne altri migliori, fu costretto suo malgrado di pubblicare nella *Collectio Salernitana* (2).

---

(1) Questi versi sono riportati a pag. LXXIX benchè pochi siano quelli che, confrontati con la più copiosa edizione del *Regimen* data dal De Renzi, in essa non si trovino.

(2) Anche il De Renzi è d'accordo col Puccinotti intorno il maggior pregio del Codice Sangimignanese. (Stor. docum., pag. 313); ma non sa consentirgli che l'epoca in cui il Salerno fioriva sia alquanto più bassa che quella da lui stabilita (dal 1150 al 1167). E ben volentieri il Puccinotti avrebbe veduto d'altri tempi cotesto maestro, giacchè un medico Salerno fu incolpato di avere con insidia avvelenato in Palermo nel 1167 un illustre infermo. Anzi per torre questo grande obbrorio dalla Scuola salernitana, egli conchiude che il Salerno delinquente fu per certo un altro Salerno, di que' molti che in que' luoghi e tempi e medici e non medici aveano un tal nome, e va cancellato dal ruolo de' medici salernitani (pag. LXVI). Il De Renzi a sua volta soggiunge, che come è vero il Salerno predetto essere il dotto maestro salernitano, altrettanto è dubbioso il delitto che gli oppone lo storico Falcando: ma quand'anche questo vero fosse, neppure troverebbe ragione di creare un nuovo Salerno autore diverso dal Salerno apprestator di veleni. (Op. c., pag. 315). Oltre che noi vedemmo più sopra come appunto in questo secolo della probità della Scuola grandemente sospettavasi, e, se prestar fede si volesse ad Ottone, Vescovo di Frisinga, anche al di lui fratello Corrado III re di Germania sarebbe stata affrettata la morte da alcuni medici italiani, assai probabilmente di Salerno, che venuti in corte furono corrotti da Ruggiero re di Sicilia che con il principe tedesco avea nimicizia. (Vita Friderici I. Lib. I. C. 63). Tutta-

Il 2.° trattato è la Practica *Magistri Bartholomei*, trattato intero che contiene di inediti molti capitoli, cioè tutti quelli dell'introduzione e delle neurosi, in aggiunta agli altri che si trovano nel codice di Breslavia, trovato e illustrato dall'Henschel (1). Il 3.° trattato è il *Viaticum Constantini*, il quale pure, benchè assai conosciuto per manoscritti e edizioni, offre una serie di note e di varianti, che potrebbero essere, secondo che pensa il Puccinotti, materia non inutile a sciogliere le calde questioni sull'originalità o sul plagio di quest'opera del monaco Cassinense. Dei primi 2 trattati sono dati l'indice, il prologo e varj capitoli.

L'altro documento (XX) che si riferisce è il ragguaglio d'un Codice manoscritto in pergamena del Passionario di Garioponto, esistente nella Biblioteca Agostiniana detta l'*Angelica* di Roma. Questo codice, scritto dal cadere del XIII secolo al principio del XIV, è il migliore che si abbia di cotesto medico salernitano; il quale mentre nel codice di Basilea figura come semplice emendatore di una medica sinopsi antica che riuniva il Passionario di Galeno, e i libri di Alessandro Tralliano, di Teodoro Prisciano e di altri; nel romano invece appare autore del Passionario istesso con l'ajuto di Teodoro e di Alessandro. Il titolo stesso del codice dell'Angelica, osserva il De Renzi, ha un'altra autenticità, quella di essere perfettamente uniforme al titolo che gli dà Si-

via in simili casi, come disse il Muratori, i sospetti e le dicerie del popolo sono a buon mercato.

(1) Questa copia di Sangimignano è molto più esatta e più compiuta di quella stessa di Venezia, pubblicata nel T. IV della *Collectio Salernitana*, e dal Puccinotti allora non conosciuta. Spiace che al De Renzi non sia stato concesso di farne conoscere, siccome aveva in animo, le importantissime varianti (pag. 249).

mone da Genova (op. cit. pag. 173). Lo stesso De Renzi mercè due documenti trovati nell'Archivio Covense, che riguardano il figlio ed il nipote di questo medico illustre, ha levato ogni dubbio sul nome, sull' origine, sulla patria e sul tempo in cui èsso visse e fiorì. *Guarimpoto*, siccome lo chiamava S. Pier Damiano, ne è il vero nome; fu di Salerno o di que' dintorni, probabilmente di stirpe longobardica; fioriva dal 1010 al 1050 (1). Di un altro codice del Passionario, che trovasi nella Laurenziana, fa menzione il Puccinotti (2) notandone la singolarità del titolo. Guarimpoto non vi è chiamato per il suo nome o con altro affine, ma per quello invece di *Nausomate* « Nausomatis libri VII Practicae medicinalis, etc. », donde gli pareva, non conoscendo allora i nuovi documenti del De Renzi, che qualche appoggio ne venisse alla congettura dell'Henschel che Garioponto fosse Greco, od originario di Grecia (3).

In altro articolo dirò del III volume, ovverossia della II parte del II volume con la quale si chiude la storia della medicina del medio evo.

Palermo, 15 aprile 1867.

---

(1) Stor. Docum., pag. 169, 171.

(2) Pag. 287 del Testo.

(3) Tale Codice Laurenziano è del sec. XIII, ed ha lo stesso prologo dell'Agostiniano, prologo che non trovasi nelle edizioni, ma ha 8 capitoli meno di questo, terminando al cap. *de malfactionibus*.

Rivista idrologica; *del dott.* **PLINIO SCHIVARDI.**

HARDY. *Bagni con l'idrofero;* Esperienze fisiologiche ed osservazioni cliniche. 1.ª trad. italiana del dott. Paoni. Napoli, 1865; di pag. 54.

GARELLI. *Delle acque minerali d'Italia.* Torino, 1864. Un vol. in 4.º di pag. 516. Con Carta geografica.

MANETTI. *Le acque minerali ferruginose di Levico nel Trentino.* Un opuscolo di pag. 107 con due tavole.

FAES. *Guida medica alla fonte semitermale di Comano nel Trentino.* Un opuscolo di pag. 155 con tavola.

CASTOLDI. *Relazione del trattamento fatto nel 1866 coi bagni marini degli scrofolosi.* Milano, 1867.

PESCETTO. *Guida igienica pei bagni di mare.* Genova, 1862. Un vol. di pag. 271.

CHIMINELLI. *Recoaro e le sue fonti minerali.* Un volume di pag. 131. Bassano, 1864.

FRANCHINI. *La febbre termale.* 2.ª ed. Torino, 1864.

ABBENE. *Relazione sull' acqua di S. Vincent in Aosta.* (Dal « Giornale della R. Accad. di Torino », N. 15 e 16 del 1864).

Notice sur les bains de Pfeffers. S. Gall, 1866. Un libriccino di 40 pag. in-32.º.

CASELLA cav. GIUSEPPE. *La fonte acidulo-marziale-alcalina di S. Caterina.* Un volumetto di pag. 158. Milano, 1867.

ROBERT AIMÉ. Notice sur les eaux, etc. — *Notizia sulle acque termali solforose di Schinznach.* Strasburgo, 1865.

ROTUREAU. Des principales eaux minérales de l'Europe. — *Delle principali acque minerali d' Europa.* Vol. 3 in-8.º. Paris, 1858-64.

JAMES. *Guide pratique aux eaux minérales françaises et étrangères.* 7.ª ediz. Paris, 1867.

Dott. CANDIDO. *Delle acque termo-minerali del Balneolo.* Napoli, 1867.

Prof. COTTA e Padre BERTAZZI. *Analisi dell' acqua salino-termale del Masino in Valtellina.* Milano, 1864.

La stagione è propizia. Tutti si affrettano ai bagni, alle

acque, ai fanghi. Tutti cercano le fonti cristalline, i lavacri salutari, le bibite corroboranti. L'affranto organismo umano vuol riprendere nuove forze tuffandosi nel seno a Teti, e abbandonando per poco il divino liquore attenersi alle *chiare*, *fresche e dolci acque* che sgorgano dai crepacci dei monti. Ed è giusto! Fra i molti rimedj che la medicina adopera per la cura delle malattie, l'acqua in tutti i tempi ed in tutte le scuole fu ritenuta come uno dei più vantaggiosi. La natura ha sparso con magnificente profusione l'acqua semplice, onde abbia a non mancare questo primo alimento, ma volle anche che l'acqua minerale qua e là sgorgasse, d'un'efficacia e di un vantaggio ancora maggiore, e volle talora dotarla di alta temperatura onde il calore contribuisse a renderla efficace. Anche passando sotto silenzio l'influenza potente che producono in qualunque cura il cambiamento di clima, di vitto, i viaggi e altre condizioni materiali e morali, è un fatto che forse per nessuna medicazione la scienza nostra può gloriarsi di tanti successi come per quella delle acque minerali. Ed è quindi naturale che ogni anno vediamo accorrere in folla i malati agli stabilimenti e conquistarvi guarigioni, che coll'ordinaria terapia ben difficilmente si avrebbero potuto ottenere.

È ammesso non potersi razionalmente determinare l'azione terapeutica di un'acqua minerale dalla sola sua chimica composizione. Il pratico che unicamente su questo criterio si basasse, correrebbe rischio di cadere in gravi errori. Conviene valutare gli effetti che si ottengono in quelle malattie nelle quali si esperimentano. La chimica può servire a far conoscere la natura in genere delle acque, a farcele classificare, a interpretare convenientemente gli effetti salutari che se ne ottengono, a imitarle fabbricandone di artificiali. Ma in molti casi la chimica non giunge a spiegarci i loro effetti curativi, meravigliosi, e ci lascia nell'imbarazzo sul da chi farli dipendere.

Di più in molti casi somministrando, anche ad alta dose, le singole sostanze che entrano in una data acqua, non si hanno gli effetti da quest' ultima operati, benchè essa li contenga in dose infinitamente maggiore. Un'acqua che possegga 4 a 6 centigrammi di carbonato di ferro o di solfuro di sodio in un litro d'acqua bevuta alla sorgente per più giorni di seguito produce effetti assai più sensibili di quelli cagionati da dosi grandemente superiori di quei medesimi medicamenti. È questo uno dei misteri della natura che la scienza non ha saputo ancora spiegare.

Vi furono quindi alcuni che non potendo comprendere come dalle tenuissime dosi di sostanze medicinali, che si trovano nelle acque minerali, possano derivare risultati, senz'altro negarono loro qualsivoglia facoltà terapeutica, e la attribuirono al cambiamento di clima, all'abbandono degli affari, alla quiete dell' animo, al respirare un' aria salubre, all'esatta regola del vivere che vi si tiene. Per quanto poi riguarda le acque termo-minerali, attribuirono costoro i buoni risultati ottenuti con loro, non agli elementi mineralizzatori che contengono, ma al calore che hanno, che eccitando la secrezione cutanea sbarazzano il corpo dai principj morbosi, e risolve le croniche alterazioni.

In questi ultimi anni alcuni sostennero che oltre il calorico vi potesse esistere anche un altro imponderabile, l'elettricità. Già nel 1861 il barnabita fisico P. Timoteo Bertelli, bolognese, insieme col Paolini, direttore delle Terme Porrettane, eseguirono con quest'ultima acqua delle esperienze, che furono rese pubbliche soltanto nel 1866 (1), dopochè lo Scoutetten in Francia avea già presentato alla Accademia di Medicina di Parigi un proprio lavoro

---

(1) *Sulla elettricità delle acque minerali.* Memoria del prof. Paolini. Bologna, 1866.

in proposito (1). Assai intensa risultò al fisico Barnabita la corrente elettrica propria delle sorgenti termo-minerali di Porretta. Ed il Scoutetten sostenne essere l'elettricità la recondita cagione della attività delle acque minerali; che le acque di fiume e le potabili manifestano una reazione elettrica positiva, mentre le acque minerali fredde e calde sono più cariche di elettricità e sempre negativa, e che quindi la loro attività dipende da una modificazione molecolare del liquido determinata dall'azione prolungata della elettricità.

Noi però, per quanto siamo disposti ad accordare alla elettricità una gran parte dei fenomeni fisici che avvengono nel creato, non ci sentiamo tuttavia molto disposti a spogliare d'ogni attività i principj mineralizzatori d'un' acqua minerale, per accordarla invece alla elettricità che contiene. Forse si potrebbe attribuire ad essa l'azione benefica che esercitano alcune acque minerali sopra varie affezioni nervose, azione che non è possibile spiegarsi coll'esame dei componenti chimici delle stesse; anzi farebbe d'uopo esaminar queste in particolar modo, per vedere se forse la quantità d'elettrico che contengono è superiore a quella esistente nelle altre. Ma attribuire alla elettricità la guarigione della diatesi scrofolosa, urica, reumatica, erpetica, lo sgorgo delle varie congestioni viscerali, delle effusioni sierose, delle lente affezioni articolari, ecc., ne sembra un'ipotesi impossibile.

Eppure qualche cosa deve esservi. Perchè Plombières, Gastein, Wildbad, Pfeffers, ecc., che presentano la mineralizzazione delle nostre acque semplicemente potabili, anzi una minore, hanno a possedere tante virtù terapeutiche? E alle notate fonti aggiungiamo pure Loëche,

---

(1) Della Memoria dello Scoutetten abbiamo già dato un lungo estratto in questi Annali.

Lucca, Schlangenbad, Töplitz e molte altre che non cessano di giustificare con guarigioni indubitate, la confidenza e la voga di cui godono da secoli.

Nelle fonti poi nelle quali l'elemento mineralizzatore non lascia incertezza; altra meraviglia eccita la tenuità delle dosi. Nelle acque ferruginose, dove il ferro è sciolto naturalmente, esso acquista in minima dose una potenza d'azione ben superiore a quella delle nostre migliori preparazioni officinali. A Spa, Pyrmont, Pejo, S. Caterina, ecc. non si constatò più di 5 a 6 centigrammi di carbonato di ferro per litro, eppure alcuni bicchieri bevuti ogni giorno producono effetti. Così dicasi delle sorgenti solforose. Il principio è netto, sicuro. Eppure qual differenza per gli effetti fra un bagno solforoso naturale ed uno artificiale! E il primo contiene 7 ad 8 grammi di solfo, il secondo 120 a 150! Con tutta la perfezione dei nostri apparecchi, colle nostre analisi spettrali, con tutti i nostri studj, noi siamo ben lungi dall'aver trovato quel *quid divinum,* che anima un'acqua minerale, e sarà meglio che anche noi come gli antichi vediamo in ogni fonte una *dea pietosa,* cho somministra la salute.

Per ora dunque limitiamoci a confessare la nostra ignoranza, e ad ammirare anche nelle acque minerali quella medesima potenza arcana, che comunica il profumo al fiore, l'aroma al vino, il fascino alla bellezza!....

Bagni con l'idrofero; Esperienze fisiologiche ed osservazioni cliniche del prof. Hardy. 1.ª versione italiana del dott. Paoni. Napoli, 1865, di pag. 54.

Anche l'idrofero è uno dei più bei acquisti della terapeutica in quest'ultimo seiennio. Esso fu già accolto e provato in Italia in varj stabilimenti ed ospedali e funziona con plauso generale. Ve ne ha a Napoli, a Firenze, a Venezia, ecc. Il nuovo sistema balneare infatti che si eseguisce con esso offre già subito due grandi vantaggi, l'uno di permettere i bagni in ogni stagione, l'altro di fare una grande economia di liquido. Non è più ne-

cessario quindi' di recarsi in una data stagione ed a una data fonte per eseguire bagni minerali. Nella vostra stanza voi potete prendere i bagni, come a Ischia, Venezia, Genova, Vichy, ecc. Vi mancherà, è vero, il cielo di Mergellina, lo splendido panorama della città dei dogi, il soggiorno in una opulenta città.... ma l'effetto terapeutico lo raggiungerete egualmente.

Ben fece il dott. Paoni, direttore d'uno stabilimento idroterapico a Napoli, a far conoscere ancor più in Italia il nuovo istrumento, traducendo e divulgando il libro del prof. Hardy, nel quale è esposto tutto ciò che lo riguarda.

La prima idea dell'idrofero la dobbiamo a Mathieu (de la Drôme), a quel meteorologista che si rese famoso per le sue profezie non sempre riuscite.

Nel culto della sua scienza, studiando la pioggia, egli si era domandato se il metodo dell'immersione per i bagni era proprio il migliore e se l'affusione sotto forma di precipitazioni di una estrema tenuità non poteva rimpiazzare con vantaggio l'acqua stagnante della vasca. Nessuno porrà in dubbio che un uomo esposto nudo per un'ora ad una forte pioggia non rimanga bagnato perfettamente *fino all'osso,* come si suol dire. Ora questo risultato può essere ottenuto con 3 a 4 litri di liquido, mentre la vasca esige 2 a 3 ettolitri. L'acqua che tocca immediatamente il corpo è la sola che agisce, tutto il resto è superfluo. Quest'ordine di idee lo condusse ad ideare un apparecchio destinato a riprodurre artificialmente in una camera di legno i fenomeni della pioggia. Non si poteva pensare a mandarvi l'acqua minerale in vapore, perchè evaporizzandosi avrebbe perduto i corpi fissi, che ne costituiscono il valore terapeutico. Ricorse dunque alla *polverizzazione.* Stritolando, dice egli, l'acqua di mare, l'acqua di Vichy, di Barèges, ecc., e riducendola in polvere, questa porterà seco e distribuirà sopra il corpo della persona bagnata non solamente le sostanze solubili, ma anche le materie che il medico può prescrivere di mescolare nell'acqua del bagno.

Conveniva però vedere se il nuovo istrumento riusciva nella pratica, conveniva sperimentarlo sopra i malati. Delle esperienze furono intraprese all'ospedale Saint-Louis dal distinto dermato-

logo Hardy, e le speranze che l'idrofero avea fatto concepire si realizzarono. Pochi mesi dopo Parigi possedeva uno stabilimento di bagni, nel quale erano riunite tutte le ricchezze idrologiche di Francia!

Mathieu (de la Drôme) però presentando al corpo medico il suo istrumento, lo accompagnava colle seguenti parole che meritano encomio. *Lo si sappia però bene, l'idrofero è destinato a servire la scienza e non l'industria.... ogni bagno con l'idrofero non sarà amministrato senza l'ordine del medico e finchè dureranno i miei diritti d'inventore, i diritti del pratico tecnico saranno rispettati.*

Ecco ora il processo. La persona sta seduta in una camera di legno; per un'apertura praticata nel coperchio può tener fuori la testa se lo desidera. Un getto d'acqua polverizzata penetra nella detta camera all'altezza dei ginocchi, indi si eleva sviluppandosi verso la sommità dell'apparecchio per ricadere sul corpo allo stato molecolare. L'acqua è infranta da una corrente d'aria compressa per mezzo di mantici che un uomo fa muovere.

Un solo uomo può alimentare ad un tempo dieci camere di polvere acquosa e dare così da 70 ad 80 bagni al giorno.

Le esperienze a Saint-Louis furono molteplici e di gran risultato. Si studiarono gli *effetti fisiologici* del nuovo bagno, cioè lo stato del polso prima e dopo, lo stato delle orine prima e dopo, il suo modo d'agire e l'influenza che esercitava sullo stato generale. Poi si studiarono gli *effetti terapeutici* col bagno amidato, col bagno di solfuro di potassio, acqua di Condillac, acqua di mare e bagno mercuriale col sublimato.

Si portano in seguito nell'opuscolo 9 osservazioni cliniche, cioè 1 di eczema, 3 di psoriasi, 1 di pitiriasis versicolor, 1 di eczema allo scroto, 1 di prurigine e 2 di scrofola, guarite tutte o migliorate assai coll'idrofero.

Allora si trasse la conclusione che i bagni coll'idrofero hanno effetti fisiologici simili a quelli dei bagni ordinarj, ma che quanto ai terapeutici essi nei nuovi bagni sono maggiori, perchè l'acqua rinnovellandosi continuamente distacca e seco trascina con più facilità le squame e le materie estranee aderenti alla superficie cutanea; il malato può esporre la testa

come il resto del corpo all'azione del bagno, e da ultimo questo ha l'alto pregio di non essere debilitante. Si comprovò infine che con 3. $^1/_2$ litri si può dare un bagno della durata di un' ora. L'Accademia di medicina alla quale fu presentato pel suo giudizio il nuovo sistema lo dichiarò una *vera conquista terapeutica.*

Delle acque minerali d' Italia e delle loro applicazioni terapeutiche; per Giovanni Garelli. Torino 1864. Un volume in 4.° piccolo di pag. 516 con carta idrologica d'Italia.

L'egregio Garelli volle far conoscere agli italiani una ricchezza nazionale ancora poco nota, quella delle acque minerali. Il nostro paese per la costituzione geologica presenta in quasi tutti i punti della sua superficie delle sorgenti minerali, di cui alcune antichissime. Noi possedevamo un bel numero di monografie delle singole nostre sorgenti, ognuna delle quali con nomenclatura idrologica propria, con analisi chimiche in tutti i pesi e misure. Alcuni aveano già cercato di fondere assieme questa vasta copia di materiali, ma il còmpito era grave.

Il Garelli volle addossarselo, volle ritrarre come in un sol quadro e con disegno identico le principali sorgenti minerali di tutta Italia. Tentò una storia naturale completa di esse, trattando della loro costituzione, dei loro modi d'applicazione, e delle loro condizioni topografiche, non che delle indicazioni terapeutiche. Ed a completare il lavoro studiò una carta topografica d'Italia tutta, nella quale le acque minerali sono ripartite secondo la addottata classificazione, ed ogni acqua segnata con una differente tinta di colore mostra a prima vista la propria natura.

Molte lodi merita il Garelli per questo suo faticoso lavoro, che per il primo intraprendeva in Italia, per la copiosa raccolta di dati, analisi chimiche, descrizioni, applicazioni che egli seppe procacciarsi e distribuire equabilmente nelle quattro parti in cui suddivise l'opera sua.

Noi non vogliamo dire per questo che essa sia riuscita perfetta, che l'Italia non abbia più bisogno d'altro per rilevare le sue ricchezze anche in questo ramo. Vi furono confusioni ed ommissioni. E fra queste non possiamo tacere di una gravissima,

quella cioè che riguarda la nostra celebre fonte di *S. Caterina*. Chi non conosce quest'acqua, che scaturisce a 8 chilometri da Bormio nella Val Furva, in provincia di Sondrio, scoperta fin dai primordj del secolo scorso? Chi non sa che racchiude gas acido carbonico libero e carbonato di ferro, chi non conosce la sua limpidezza e freschezza, il suo sapore acidetto di un grato piccante, ed alquanto stitico come la sorella di Pejo, che dalle viscere dello stesso monte deriva.

Chi non apprezzò l'azione sua benefica sul sistema orinario, i successi mirabili nella renella, nei disordini mestruali, nei cardiopalmi nervosi, nelle affezioni di fegato! Quante fanciulle clorotiche ritornate per essa al vivo incarnato delle gote non arderebbero votivi incensi alla marziale vergine Caterina! (1)

Delle nostre nel Lombardo-Veneto ommise *Sacile*, in provincia d'Udine, scoperta nel 1834, salino-ferruginosa. *S. Bartolomeo* che fin dal secolo XV era ritenuta fra le più famose del padovano, e che sebbene sia ora frequentata solo da contadini ha ancora la sua importanza; *S. Colombano* per errore di stampa dicesi appartenere a Colico e non a Collio, terra bresciana; *S. Daniele*, acqua solforosa molto usata sul veneto.

Il bel sesso deve esser poi adirato col Garelli per aver ommesso, parlando delle acque del *Masino*, la loro benefica influenza nelle malattie uterine, quando difficile, scarsa o dolorosa è la mestruazione, nelle leucorree, ecc., per cui meritaronsi il titolo di *bagni delle signore*, o molto più poi per aver dimenticato la loro fama antica, di render prolifici i maritali amplessi!.... Anche la fonte salso-jodica di *Miradolo*, nel circondario di Lodi, proprietà dell'Ospedale Maggiore di Milano, illustrata convenientemente dal P. O. Ferrario e dal Verga, meritava un posto nelle acque minerali d'Italia.

Il dott. Garelli ha poi voluto fare della politica. Il povero Trentino non fu da lui considerato parte d'Italia, e le fonti di *Pejo* in Val di Sole, e di *Rabbi* in Val di Non, furono escluse

---

(1) Vedi la esatta ed estesa descrizione datane dal chiarissimo Balardini, nella sua « Topografia statistico-medica della Valtellina ». Milano, 1834.

dalle acque minerali d'Italia. Così quelle non meno importanti di *Comano* nelle Giudicarie, e di *Levico* in Valsugana. Consoliamoci però, che non ha mancato di metterci quelle della campagna romana!...

La vasta opera del Garelli è divisa in 4 parti. Nella prima stanno accolte le *nozioni generali sulle acque*, nella seconda si tratta delle *acque minerali d'Italia in particolare*. Egli le divide in cinque classi, che formano altrettanti capitoli, cioè solfurate, clorurate, bicarbonate, solfate e ferruginose. Ognuna di queste ha poi delle sotto-divisioni, essendo difficile distribuirle tutte equabilmente. L'Italia viene per maggior facilità di distribuzione da lui suddivisa in 3 regioni, nella Italia settentrionale, nella centrale e nella meridionale. Nella parte terza trovansi accolte in capitoli le *applicazioni delle acque minerali* ed una patogenia delle malattie croniche in rapporto a questa medicazione, con degli *aforismi teorico-pratici.*

Nella parte quarta in un unico capitolo riunì la *legislazione sulle acque minerali*, coi documenti relativi. Noi in Italia abbiamo per ogni paese ancora una legislazione diversa per queste, e quel che più è, assai imperfetta. Il segretario Borromeo nel 1861 avea chiesto informazioni a tutti gli stabilimenti, ma l'appello fu infruttuoso. Il Garelli pubblica quindi un *progetto di legge sulle acque minerali d'Italia*, lavoro del Trompeo, al quale fa seguire tutto il più importante della legislazione francese. Nulla però fu fatto, e per il bene dell'umanità ci auguriamo che fra noi si voglia finalmente pensare anche alla legislazione delle acque minerali del regno.

Le acque minerali ferruginose di Levico nel trentino. Cenni storici, geografici, terapeutici del dott. LUIGI MANETTI. Trento 1861. Un opuscolo di pag. 107 con 2 tavole litografiche.

Queste acque, notevoli per la dose dei principj mineralizzatori che contengono, per la efficacia medicamentosa che spiegano, meritano di essere maggiormente conosciute fra noi, poichè dapprima potevansi usufruire soltanto sul luogo ove scaturiscono. Ora però che senza perder punto valore si condussero a Levico, grossa borgata sulla postale da Trento a Bassano, e che vi si eresse uno spazioso stabilimento, è necessario che esse oc-

cupino il posto che loro compete. Ben fece dunque il dott. Manetti, che è un chimico e medico distintissimo, a darci un'analisi dettagliata ed i medici di Levico a pubblicare questi cenni.

Ciò che v'ha d'importante si è che un medico lombardo, il dott. Pinali, fin dal 1816 avea dichiarato contener esse l'arsenico. I malati non badarono alla in allora spaventevole dichiarazione e continuarono ad affluirvi e guarire. Ora le analisi chimiche non solo di questa fonte ma di tutte le ferruginose dimostrarono contener sempre arsenico, e nessuna cattiva influenza esso esercitare. Il dott. Manetti lo determinò e dosò colla massima facilità; trovò che se ve ne trova 0,00102 grammi in un chilo d'acqua, allo stato però d'acido arsenioso. Quanto al ferro, essa ne è a dovizia fornita, poichè su 100 grammi d'acqua ve ne trovò grammi 1,819 di ferro puro, cioè libero dall'ossigeno trovandosi allo stato d'ossido. È dunque la più forte marziale dell'alta Italia. Questo per l'*acqua da bagno* della *Caverna del vetriolo* che contiene in abbondanza il solfato ferroso, e non meno ne contiene l'*acqua per bibita* della *Caverna dell'Ocra*. Questa distinzione delle fonti è necessaria, perchè l'acqua che è tanto profittevole per bagno, non potrebbe che riuscire pericolosa per bibita. Quella da bibita scarseggia però assai di acido carbonico e contiene carbonato ferroso, per cui è impossibile trasportarla e convien usarla alla fonte.

Quest'acqua dunque contiene solfato ferrico e ferroso, acido arsenioso e solfato di rame, forse combinato al solfato rameico in istato di speciale costituzione. La circostanza di un sale a doppia base è un ottimo carattere per le acque minerali, che allora si mostrano di maggiore efficacia. Ed a questo fatto attribuisce il dott. Avancini la guarigione di certe malattie, cioè delle *spiniti incipienti,* perchè egli inclina a credere che il solfato rameico abbia una elettività di azione sui nervi spinali e sul midollo, che combinata all'azione del solfato ferroso porta un risultato decisivo.

La cura a Levico consiste dunque nei bagni e nelle bibite. Per bagni se ne fanno da 20 a 30; quanto alle bibite si comincia con due a tre bicchieri e si *aumenta* progressivamente fino a 2 litri al giorno.

Guida medica alla fonte semi-termale di Comano nel trentino; del dott. Antonio Faes, coll'analisi del dott. Manetti. Trento 1862. Un opuscolo con tavola.

Lungo il magnifico stradale che dal confine bresciano al Caffaro mette a Trento attraverso le Giudicarie, vicino ad un punto detto le Sarche in cui sbocca lo stradale che proviene da Riva, giace in una magnifica posizione Comano. La sua fonte, che sembra fosse conosciuta fino dai tempi romani, era andata perduta, quando nel 1807 per caso tornossi a trovare, e l'esperienza fu la prima maestra che ne additò le virtù terapeutiche.

L'acqua appena attinta è limpida, trasparente, senza colore ed odore. Immergendo una mano in essa risentesi un dolce tepore, e si svolgono numerose bollicine. La pelle resta più morbida e liscia. Non ha essa sapore ben distinto, ma non è però molto piacevole. Alla temperatura esterna fra + 10 e + 15 C. l'acqua offre da 26° a 28°. I risultati forniti al dott. Manetti dall'analisi quantitativa non lo autorizzano, dice, ad assegnare un posto ben determinato a quest'acqua fra le altre. Troppo scarsa, dice, è la quantità dei principj che la mineralizzano, e nessuno di questi vi predomina in modo da bastare per sè solo a caratterizzarla. Essa offre rassomiglianza con Plombières, che è pure efficace e che pure contiene dosi forse minori di principj salini.

Nei primi anni della scoperta l'uso era limitato alla cura degli scabbiosi (o forse per meglio dire degli affetti da prurigine, così facilmente con essa confusa). Poi per analogia vi trassero gli erpetici. Non vi ha erpete, dice il dott. Faes, dalla forma più semplice a quella più grave ed ostinata, che rimanga indifferente all'azione di quest'acqua.

Lavando gli occhi con essa, guariscono le ottalmie scrofolose; nelle affezioni artritiche e reumatiche mostrò una singolare efficacia. Riuscì pure nelle gastro-enteriti lente e negli individui emaciati.

Relazione del trattamento fatto nel 1866 *coi bagni marini in Voltri degli scrofolosi di Milano*, per cura del dott. cav. Castoldi. Milano 1867. Un opuscolo di pag. 31.

La gentile Toscana fu la prima in Italia, per opera princi-

palmente del cav. Barellaj, ad istituire fino dal 1853 un Ospizio marino sulle ridenti rive del Tirreno, a Viareggio, dove si mandano ogni anno più di 100 bambini scrofolosi. I buoni effetti colà ottenuti spinsero il dott. Barellaj a farsi l'apostolo di questa istituzione, ed a percorrere l'Italia animando dappertutto i medici a farsene iniziatori.

Ecco la storia della istituzione milanese, che noi compilammo sulle cinque relazioni del diligentissimo segretario del Comitato dott. Castoldi.

La Giunta, la Congregazione di Carità, la Cassa di Risparmio, la Banca ed altri Istituti beneficarono la nascente istituzione. L'amministrazione dell'Ospedale Maggiore concorse in qualche modo a prò dell'istituzione, pagando al Comitato la pensione degli scrofolosi cronici che dal nosocomio passavano direttamente ai bagni. La Direzione delle ferrovie accordò il gratuito o quasi passaggio sulle ferrovie. La sottoscrizione aperta in tutti i giornali cittadini fruttò subito una egregia somma. E così Milano, che ha già una splendida pagina negli annali della beneficenza, inaugurava degnamente l'Ospizio marino.

Nel primo anno, 1862, gli infermi furono spediti all'Ospedale di Voltri, ma riconosciutivi alcuni inconvenienti, fra i quali l'insufficienza dei locali, si accolsero in un ospizio appositamente a quest'uopo allestito dal dott. De Rossi, a Crevari, un chilometro a ponente da Voltri, ed in riva al mare.

Nel primo anno 1862 gli scrofolosi che furono spediti ad esperire i buoni effetti dell'acqua marina furono 14. Di questi 6 guarirono, 8 migliorarono. Nel secondo 1863 furono 51, dei quali 24 guarirono, 24 migliorarono, 3 rimasero stazionarj. Nel terzo 1864 furono 53, di cui 20 ricuperarono una insperata salute, 29 si trovarono migliorati, e 3 rimasero ancora refrattari. Qui il risultato fu un pò meno lusinghiero, e ciò perchè nell'immenso numero dei petenti si scelsero i più gravi. Nel 1865 se ne spedirono 61, e di questi 25 guarirono, 36 migliorarono, niuno fu refrattario. Nel 1866, a dispetto della guerra, se ne spedirono 54, dei quali 47 ebbero una cura di 42 giorni, e 7 di giorni 84, 22 tornarono guariti, 30 quasi, 2 refrattarj. Queste cifre provano ad esuberanza l'importanza scientifica di quella cura. Le cure cominciarono al 1.° giugno e proseguirono a tutto agosto.

Il dott. Castoldi traeva fin dal 1864 il corollario, che l'aria ed il bagno di mare sono di una incontestabile utilità nella cura della scrofola, specialmente in quanto regolarizzano le funzioni vegetative ed animali, e modificano il misto organico sempre alterato nei scrofolosi. Questa doppia efficacia è, secondo lui, costante in tutti gli scrofolosi indistintamente, ma più marcata nei casi di scrofola non ereditaria. Egli crede che i mari dei climi caldi riescano più vantaggiosi di quelli dei climi freddi, per la maggior copia di sali che tengono in dissoluzione, e per la più alta temperatura che permette un bagno più prolungato.

In tutte le forme locali della scrofola trovaronsi vantaggiosi i bagni di mare, ma non in tutte nell' identica proporzione. Eccone la scala: affezioni gangliari del sistema linfatico, affezioni delle mucose, affezioni della pelle, affezioni dei capi articolari, affezioni delle ossa.

L' uso interno dell'acqua di mare, per la sua proprietà irritante sulla mucosa intestinale, non pare opportuno nella cura della scrofola. Il bagno caldo di mare possiede una potente azione disciogliente, ma non che tonico, è controstimolante, e come tale meno indicato di quanto sia il bagno freddo. L'aria di mare e i beneficj che apportano i bagni, aumentano in tutti gli ammalati in modo straordinario l' appetito, e perciò nascono spesso disordini gastrici. Il curante deve quindi andar molto guardingo. In genere però il vitto degli scrofolosi durante la cura balnearia deve essere lauto ed azotato.

La vantaggiosa modificazione che i bagni di mare arrecano al misto organico, continua ad appalesarsi anche dopo finita la cura, con una maggiore obbedienza delle affezioni locali all'ordinario trattamento, ed una conseguente facilità alla cicatrizzazione delle piaghe.

La benefica istituzione degli ospizj marini, dopo i buoni saggi di Toscana e Milano, fu imitata nel resto d' Italia. Nel 1863 Modena, nel 1864 Pavia e Bergamo; Modena, Bologna, Ferrara mandano sulle sponde dell'Adriatico i loro infermi in un vasto e comodo ospizio a Fano.

L' opera italiana ebbe un felice contraccolpo all' estero. Al Congresso di Gand del 1864 il dott. Janssens, reduce dall' Ita-

lia, ne parlò molto favorevolmente e fu incaricato dell' istituzione d' un ospizio per il Belgio. La Francia stessa ci imitò e l'Amministrazione della assistenza pubblica parigina fondò nel 1864 uno stabilimento ospitaliero sulle coste della Manica, a Berck. Dapprima fu costrutto un locale in legno, ma poi vedendo i risultati sorpassare le previsioni, gli fu dato un più stabile assetto ed ora prospera.

Il dott. Barellaj volle anche in Roma promuovere questa santissima istituzione, alla quale da molti anni ha consacrato tutte le sue forze e che non gli è contestata neppure dagli stranieri, perchè nella *Gazette hebdomadaire*, N.° 13, 1867, si legge: *C'est au prof. Barellaj qui revient l'honneur d'avoir conçue l'idée des Hospices maritimes et d'avoir par son énergique initiative réalisé une des institution philantropiques dont l'Italie peut s'enorgueillir.*

Rilevo ora dal *Giornale di Roma* (Aprile 1867) che egli vi ebbe prospere accoglienze, e che tutto lasciava sperare per la riuscita.

Così l'Italia possiede ora 6 ospizi marini, quattro sul Mediterraneo, Viareggio, Livorno, Voltri e Sestri levante; due sull'Adriatico, Fano e S. Benedetto del Tronto. Venti città italiane hanno già adottato la benefica istituzione; eccole in regola d'anzianità. Firenze, Prato, Pistoja, Siena, Montalcino, Montepulciano, Arezzo, Pescia, Lucca, Pisa, Milano, Bologna, Modena, Reggio, Ferrara, Bergamo, Pavia, Cremona, Ascoli-Piceno, Fermo, Roma.

L' aria e l' acqua del mare sono utili nelle malattie scrofolari. Ma le forme più gravi della scrofola si manifestano nelle casupole, sui pagliaricci dell' infima plebe, e vi languiscono o si spegnono all' ospedale. Questi poveri figli della miseria non aveano ancora esperimentato il benefizio del mare! E questa è la vera democrazia! Non quella che assorda con tribunesche frasi nelle colonne dei giornali, ma quella che erige le case per gli operaj, che apre le scuole serali e festive per il popolo, che soccorre a domicilio le povere madri allattanti i proprj bimbi, che raccoglie ed educa i figli abbandonati, e li cura coi mezzi dei ricchi.

Se però a Milano nel 1863 introitaronsi per questa santis-

sima istituzione 8200 lire, nel 1864 11,300, nel 1865 9400, nel 1866 furono appena 5500. È una prospettiva tutt'altro che lusinghiera, dice il relatore Castoldi, che dopo aver lavorato per cinque anni onde fondare stabilmente questa nuova beneficenza, per intento e per felici risultamenti non inferiore ad alcun'altra, si debba cessare per mancanza di fondi. No, anche noi, vogliamo sperare, che un'opera pia, riconosciuta vantaggiosissima, abbia a perire, e facciamo voti affinchè rifulga più viva la carità cittadina a favore degli Ospizi marini.

Guida igienica pei bagni di mare; del dott. cav. G. B. Pescetto. Genova, 1862. Un vol. di pag. 271 in 8.°

La costumanza di prendere il bagno nel mare era usitatissima anche presso gli antichi; ne parlano Omero e Svetonio. Ma colle famose Terme, che costituivano la delizia e il lusso dei nostri padri, i romani, durante la barbarie medioevale caddero anche i bagni di mare in disuso, ed anche dopo convenne aspettare che l'Inghilterra soltanto verso la metà del secolo scorso li chiamasse dall'obblio. La Germania vide sorgere il suo primo stabilimento solo sulla fine del secolo; successero Ostenda nel Belgio, Dieppe a Boulogne in Francia, e da ultimo l'Italia. Sull'Adriatico ebbe: Venezia, Rimini, Ancona, Pesaro, Fano, Sinigaglia; sul Mediterraneo: Napoli, Ischia, Castellamare, Civitavecchia, Livorno, Viareggio, Spezia, Genova, Savona, Mentone, Nizza. Poco però fruttavano. In Genova fino al 1830 fu sufficiente un solo stabilimento; il bagno era ricercato più a scopo di refrigerio e di solazzo che per cura. Come mezzo igienico e terapeutico era raramente prescritto. In oggi invece sono saliti in tanta estimazione da eguagliare, se non superare, quella dei più rinomati bagni minerali e idropatici.

Il dottor Pescetto ebbe quindi la bella idea di dotare anche il nostro paese di un Manuale teorico-pratico atto a servire di norma ai bagnanti per una retta applicazione dei bagni marini, come ne aveano fatto il Barzilai (Venezia, 1853); il Malagodi (Fano, 1860) e lo Squarci (Livorno, 1865).

Questo suo lavoro riesce utile ai bagnanti non solo, ma fornisce ai medici, che vivono lontani dal mare, una istruzione capace a guidarli nella scelta dei casi che richieggono l'uso di questi bagni.

In un primo capitolo parla dell'atmosfera marina e delle qualità fisico-chimiche dell'acqua; in un secondo di alcuni speciali fenomeni del mare, come la marea, la fosforescenza; nel terzo discorre del modo di prendere il bagno, nel quarto del bagno caldo, nel quinto dell'uso interno dell'acqua, nel sesto del bagno sotto forma solida. Seguono capitoli sugli effetti fisiologici dell'acqua di mare, sulle norme igieniche da seguirsi per esso, poi viene alle malattie nelle quali l'acqua di mare spiega in modo prevalente la sua efficacia. In primo luogo pone la *scrofola,* per la quale dice avere un'azione specifica e ne propone l'uso interno ed esterno; la *rachitide,* la *clorosi,* la *leucorrea,* le *malattie uterine.* E qui distingue giustamente. Se, dice egli, l'irregolarità della funzione mestruale è mantenuta da qualche malattia cronica dei visceri, i bagni sono nonchè inutili, dannosi; ma se dipende da cagioni generali ed accidentali, come costituzione debole, isterica, nervosa, o da causa improvvisa, allora il bagno marino, principalmente con semicupi caldi, è un sussidio efficace e pronto. Fra le malattie uterine curabili pone le lente deviazioni, gli abbassamenti dell'utero, gli ingorghi con o senza escoriazioni, e le granulazioni.

Fra le malattie in cui l'acqua di mare spiega una minor efficacia, enumera la sterilità, l'ischialgia e la nevralgia in genere, i morbi chirurgici locali.

Fra le malattie cutanee dice ottenere qualche buon risultato quelle a *forma secca.* L'*Appendice* della Guida è destinata ai *touristes.* Vi sono indicati i principali stabilimenti della Liguria; descritte le ville famose di Pallavicini, Rostan, Doria; illustrate le gite a Pra, Voltri, Sestri, ecc.

Recoaro e le sue fonti minerali; piccola Guida del dott. Luigi Chiminelli. Un volumetto di pag. 131. Bassano, 1865.

Fu un conte Lelio Piovene, patrizio vicentino, che nel 1694 rese nota al pubblico questa celebre fonte, la quale poi dal suo nome fu detta *Lelia.* L'esperienza ha dimostrato in seguito la sua alta efficacia e l'ha posta fra le più celebrate analoghe fonti. È dessa acidulo-salino-ferruginosa, e si approssima assai per la qualità e proporzione dei suoi elementi, alle estere di Spa, Pyrmont, Marienbad, Schwalbach, alle nostrane di Rabbi, Pejo,

S. Caterina, S. Colombano. Quelle di Recoaro sono un pò più lassative e più tollerate dallo stomaco di parecchie fra le citate.

Recoaro è un ricco comune di 5600 abitanti, costituisce l'ultimo confine all'ovest della provincia di Vicenza, in fondo ad una amenissima valle, al piede delle montagne dolomiche che separano quella provincia dal trentino, che lo recingono difendendolo dai venti di N. e N-O., a guisa di magnifico anfiteatro.

Si trovarono queste acque molto proficue nelle lente irritazioni gastro-intestinali, con inappetenze, dispepsie, rutti acidi, stitichezze ostinate, diarree croniche; nelle affezioni emorroidarie, sia dell'ano che della vescica orinaria; nelle affezioni epatiche. Secondo il dottor Chiminelli, l'opinione *troppo generalmente ammessa* che per le malattie cutanee non giovino che le acque minerali solforose, le alcaline e le solfo-iodate e nulla le ferruginose, *è smentita dalla giornaliera esperienza,* perchè si trovarono utili quelle di Recoaro nelle lente affezioni cutanee, come nella orticaria cronica, nella prurigine, gotta rosacea, erpete.

Le marziali più importanti dell'Alta Italia sono Recoaro, Pejo, e S. Caterina. Ma queste ultime hanno una maggior quantità di ferro e d'acido carbonico libero, sono scevre dal gesso che contiene Recoaro, contengono per di più carbonato di soda e cloruro sodico, ottimi ingredienti. Recoaro favorita da felice posizione e facile accesso ha più grande concorso di ammalati sul luogo. Pejo troppo alpestre e remota supera per bontà di principj mineralizzatori e si spaccia in bottiglie in gran quantità.

La febbre termale; brevi cenni del dott. Franchini Eugenio, seconda edizione. Torino, 1864. Un opuscolo di pag. 46.

L'Autore ha voluto studiare quello stato febbrile, caratterizzato da anoressia, peso all'epigastrio, agitazione, insonnia, acceleramento di polso, che di spesso si manifesta in coloro che si assoggettano ad una cura termale, o alcalina, o solforosa. Essendo stato addetto al servizio sanitario nello stabilimento termale militare d'Acqui, ebbe campo di studiare l'affezione là appunto ove è più frequente per la natura di quelle acque.

Egli è quindi pervenuto a stabilire che la febbre termale è un'affezione speciale, *sui generis*; che è distinta dalla febbre gastrica e gastro-reumatica, con cui la si volle confondere, perchè ha un decorso regolare suo proprio, fisionomia sua propria, un' eruzione sintomatica; perchè non colpisce che quelli che fanno uso delle acque, o che da poco le hanno sospese, e non incoglie che una sol volta i bagnanti.

L' Autore però invano ne ricercò la causa prossima. Essa ci sfugge. È certo che l'elevata temperatura la favorisce; che il vitto eccitante quasi totalmente carneo, i cibi mal cucinati, i vini alterati, le frutta immature sono pure motivi di sviluppo. L'uso delle bevande solforose lo è pure. Molti ammalati invece di cominciare a berle a poco a poco, le bevono subito in quantità, nella falsa speranza di far più presto a guarire.

Talora questa febbre scompare con meravigliosa celerità, talora invece persiste a lungo. Astensione dalle acque, dieta, riposo a letto, bevande acidule, bastano di solito a guarirla.

Relazione fatta al Municipio di S. Vincent (Aosta) intorno all' acqua minerale acidulo-ferruginosa e salina, che scaturisce da una rinomata sorgente in vicinanza di detto comune, e nuova chimica analisi della medesima; del comm. Angelo Abbene (« Giorn. della R. Accad. med. di Torino », N. 15 e 16 del 1864).

Leggermente purgante senza arrecare incomodi intestinali, diuretica, litontritica e disostruente, sorse il dubbio che l'acqua medesima non fosse più nelle condizioni del passato e che, o per infiltrazione di altr'acqua semplice, o per altre circostanze ne fosse variata la composizione, epperciò la efficacia. Il Consiglio municipale di S. Vincenzo deliberò di far procedere ad una nuova chimica analisi, a mezzo del comm. Abbene. Esaminò questi le due sorgenti, superiore ed inferiore, e trovò che esse hanno fra di loro molta analogia, e che la sola differenza fra la prima e la seconda consiste nel contenere la seconda traccie di acido solfidrico o di un solfuro solubile, un pò meno di gas carbonico libero e di carbonato di ferro ed un pò più di solfato di soda. — Non vi riscontrò composti arsenicali. — Trovò in entrambe la presenza dell' iodio allo

stato di joduro, ciò che rende anche ragione della efficacia di quest'acqua. — Trovò infondate le voci sparse circa la sua virtù, e la confermò maggiore colla nuova analisi.

Sorgente superiore.

Gas acido carbonico	
» ossigeno libero traccie	0,900
» azoto traccie	
Solfato di soda	4,337
» » potassa traccie	
Bicarbonato di soda	1,347
» » calce	1,600
» » magnesia	
» » ferro	0,100
Cloruro di sodio o sal marino	0,876
Joduro » » traccie molto sensibili	
Bromuro traccie appena sensibili, silice e allumina	0,100
Materia di natura organica	
Acqua	990,850
	1000,000

Sorgente inferiore.

Gas acido carbonico	
» ossigeno libero traccie molto dubbiose	0,580
» azoto	
» solfidrico traccie appena sensibili	
Solfato di soda	4,483
» » potassa traccie	
Bicarbonato di soda	1,477
» » calce	1,500
» » magnesia	
» » ferro	0,050
Cloruro di sodio o sal comune	
Joduro di sodio traccie assai sensibili	0,880
Bromuro traccie appena sensibili	
Silice e allumina	0,100
Materia di natura organica	
Acqua	999,920
	1000,000

Confrontando l'analisi Abbene con quelle già antiche di Gioannetti e Cantù, si trova che la quantità dei materiali mineralizzatori della sorgente superiore fu da Abbene trovata corrispondente al 9,15 per mille — della inferiore, del 9,08 — e che in quella Gioannetti e Cantù corrisponde al 9,11 per mille grammi di acqua.

Notice sur les bains de Pfeffers, etc. — *Notizia sui bagni di Pfeffers, ad uso dei bagnanti e dei viaggiatori.* St-Gall, 1866.

Pfeffers è un villaggio nel cantone svizzero di S. Gallo, celebre per i suoi bagni termali e per la magnifica posizione. La sorgente è situata in mezzo ad un orrido spettacoloso; vi si discende per un sentiero molto erto e lungo 1 chilometro e l'acqua scaturisce da rupi, che costituiscono una delle vedute più notabili della Svizzera. Nessun altro luogo in questa e forse in Europa, può secondo il dott. Ebel, essere paragonata colla natura selvaggia della *Gorge de Pfeffers.* Lo stabilimento dei bagni è posto in una valle molto stretta formata da un torrente impetuoso, la Tamina, e non può comprendere più di 300 persone. Si trova all'altezza di 2130 sul livello del mare. L'aria vi è pura, imbalsamata dalle benefiche esalazioni dei boschi di coniferi.

Non vi ha mai polvere, e la posizione dello stabilimento in mezzo alle roccie lo mette al coperto dai venti, e dai rapidi cambiamenti di temperatura. Il clima quindi d'estate è dei più dolci ed aggradevoli. L'acqua non scola che l'estate, ha la temperatura di 30.° R., è senza odore, senza sapore, senza colore, non dà alcun sedimento e si conserva bene entro le bottiglie.

Pfeffers ha una fama europea da qualche secolo, e le sue acque si prendono per bagno e per bevanda dalla metà di giugno al principio di settembre a quel stabilimento fornito di tutti i comodi e assai frequentato. L'acqua presa per bevanda cagiona vertigini. La durata della cura si calcola di 3 settimane.

I composti che l'acqua di Pfeffers contiene sarebbero specialmente solfato di soda e di calce, carbonato di magnesia e di calce. È strano, perchè il primo e il terzo sono due leggieri purganti, il secondo e il quarto rappresentano uno il gesso, l'altro il marmo. E per di più vi sono anche dei silicati. Ep-

pure quanto famose quest'acque nelle malattie nervose e cutanee, nelle affezioni dell'apparecchio digerente e urinario!

Pfeffers è dunque come Gastein, Plombières, ecc., ed ha il vantaggio che la sua acqua bevendola non desta quella sensazione disgustante, che provoca l'acqua ordinaria calda, ma invece una sensazione di calore dolce e aggradevole nello stomaco. Si digerisce presto e facilmente. In Italia Bormio potrebbe competere con Pfeffers, e mentre questi contiene più cloruri, quello contiene più sal amaro e di glaubero. In Bormio però manca il carbonato di magnesia di Pfeffers, che è sostituito dal carbonato di calce. La temperatura di Bormio è la medesima di Pfeffers.

Ragaz è un villaggio presso la fonte, colla stessa orrida magnificenza e non è composto che di alberghi. L'acqua però arrivandovi perde del suo calore e della sua forza. I veri ammalati vanno quindi a Pfeffers, gli altri restano a Ragaz.

La fonte acidulo-marziale-alcalina di S. Caterina; studj del dott. cav. G. Casella. Milano, Brigola, 1867. Un volumetto di pag. 158 con due carte geografiche e una veduta.

Da molti anni frequentando il dott. Casella questa nostra celebre fonte, ha potuto raccogliere varie osservazioni fatte sia su sè stesso, sia sugli altri, onde stabilire un logico criterio sugli effetti suoi. Comincia quindi col descrivere il viaggio per recarvisi. Essa, come già dissi, giace in una valle detta Furva, che si trova in Valtellina, dopo passato Bormio. Il vasto altipiano su cui giace S. Caterina trovasi a metri 1768 sul livello del mare.

L'acqua è limpidissima, senza odore, di sapore acido piccante; zampilla appena attinta, nel beverla produce il pizzicore in bocca che proviamo colle ordinarie acque gazose. La temperatura è di 6. $^1/_4$ C. per cui è la più fredda di tutte le marziali. La quantità d'acqua fluente perenne dal foro di un larice trapanato in un'ora è di litri 200, quindi nella giornata di 4800. Oltre la molta quantità di gas acido carbonico, contiene maggior copia di ferro di tutte le acidule conosciute; esso intonaca subito le pareti del vaso in cui si raccoglie l'acqua. Il ferro è allo stato di perossido, combinato coll'acido carbonico.

Dalla recentissima analisi fatta dal chiarissimo Pavesi, professore di chimica alla Università di Pavia, quest'acqua va annoverata fra le più ricche ferruginose. Conterrebbe una quantità di ferro *doppia* delle acque di Pejo, *tripla* di quelle di Recoaro e S. Maurizio. Oltre a ciò vi si trova in proporzione relativamente grande anche la soda, in gran parte allo stato di solfato, ed in parte allo stato di cloruro e bicarbonato, ond'è che S. Caterina va pure annoverata fra le acque debolmente alcaline.

Per cui volendo il dott. Casella manifestare un giudizio proporzionale sulla virtù delle varie fonti marziali in base ai componenti ed agli studj pratici, stabilisce la seguente graduazione: S. Caterina, Pejo, Rabbi, S. Maurizio, S. Bernardino, Recoaro, Tartavalle.

Il dott. Casella passa in seguito a dimostrare qual sia l'azione meccanica e dinamica delle acque marziali, per venire poi ad esporre la natura delle malattie nelle quali è indicata quella di S. Caterina, il tempo e il modo con cui beverla e altre indicazioni importanti.

Quanto alle affezioni, quest'acqua è molto indicata nelle malattie del tubo gastro-intestinale, come dispepsie, gastralgie, pirosi, catarro cronico, vizi emorroidarj, ecc., nelle malattie uterine, principalmente poi nella clorosi e nell'isterismo; nelle malattie dell'apparato uro-pojetico, come cistiti croniche, catarri vescicali, concrezioni calcolose, renella. Chiude da ultimo il suo bel lavoro il dott. Casella col ricercare se queste acque possano essere utili nelle malattie degli organi del respiro. Accennato alla discrepanza esistente negli autori riguardo all' efficacia delle acque marziali in esse, aggiunge crederle bensì inutili nelle bronchiti e tubercolosi a stadio avanzato, ma giovevoli in coloro che manifestano debolezza di costituzione, temperamento linfatico, abituale tendenza alle infreddature ed alla iperemia polmonare.

Notice sur les eaux, etc. — *Notizia sulle acque termali solforose di Schinznach;* per A. Robert. Strasburgo, 1865. Con 4 tavole.

Nel Cantone d' Argovia, in una delle più ridenti contrade

della Svizzera, sulle rive dell' Aar, in fertilissima pianura, vicino al luogo dove gli Habsbourg ebbero culla, giace Schinznach. Ivi scaturisce un'acqua solforosa la più riccamente provvista di gas acido solfidrico fra tutte quelle che si conoscono, e delle più famose, poichè la sua proporzione è superiore a quelle di Aix in Savoja, di Aix-la-Chapelle, di Eaux-Bonnes nei Pirenei.

Il dott. Robert, ricordando questa speciale ricchezza, si domanda il perchè Schinznach non goda finora della fama delle fonti su ricordate per la cura delle affezioni polmonari e perchè si seguiti ancora a mandare gli infermi soltanto a quelle. Ed è appunto a colmare simile lacuna che è diretto il suo libriccino. La fama di Schinznach nelle dermatosi le più inveterate, nelle malattie scrofolose le più varie, è stabilita su numerosissime guarigioni; restava a determinare le indicazioni e ad usarla nelle affezioni polmonari. A questo scopo occorreva una nuova installazione. Occorrevano sale d' inalazione, apparecchi perfezionati, insomma tutto l' arsenale speciale destinato alli differenti modi d'amministrazione delle acque solforose. Lo stabilimento subì ora questa trasformazione, fu munito di tutti gli strumenti i più perfezionati.

Le acque solforose vengono di solito distinte in solforose sodiche e solforose calciche. Le prime sono poco mineralizzate, le seconde molto. Le prime di solito calde, le seconde spesso fredde. Schinznach appartiene alle prime, è termale da 32° a 35°. Svolge una gran quantità di gas solfidrico, è riccamente mineralizzata.

Esso come Pfeffers, Loëche, Baden in Svizzera, che sono acque solfate deboli, come i bagni di mare, producono subito l'*esantema termale,* efflorescenza di cui non si conosce ancora la causa.

Secondo il dottor Hermann, Schinznach sarebbe poi un *reattivo* della sifilide, perchè richiama alla cute le manifestazioni cutanee sifilitiche nei casi in cui la malattia sembrava guarita ed era latente.

Des principales eaux minerales, etc. — ***Delle principali acque minerali d'Europa;*** del dott. **Armand Rotureau.** Vol. 3, in 8.° Paris, 1858-64.

Il primo volume di quest' opera è consacrato all' acque di Germania e Ungheria. L'Autore dopo aver raccolto documenti e note in abbondanza mediante varj viaggi e studj, ha creduto cominciare la sua pubblicazione colle sorgenti tedesche, poco conosciute, dice, in Francia, dove il professore di terapeutica non può accordar loro nell' insegnamento che un ben piccolo posto per mancanza di tempo.

Egli comincia quindi con una osservazione generale riguardante l' esattezza delle analisi chimiche, facendo notare che i chimici tedeschi non segnalano di solito la presenza dei bicarbonati nelle loro acque minerali, e dice che si è qualche volta tentati di rimproverar loro questa grave ommissione. Un tale rimprovero, aggiunge, non è però fondato, poichè questa apparente ommissione tiene al modo con cui essi indicano la quantità del gas acido carbonico contenuto nelle sorgenti. Essi distinguono infatti: 1.° il gas allo stato libero, 2.° il gas allo stato di soluzione, 3.° il gas allo stato di semi-combinazione, 4.° il gas allo stato di completa combinazione. Ora siccome le proporzioni di gas acido carbonico allo stato di semi-combinazione fanno precisamente dei bicarbonati, essi in seguito a quelle indicazioni debbono farli figurare come carbonati neutri.

Abbandonando ogni classificazione delle acque basata sui composti chimici, il signor Rotureau si attenne alla posizione geografica degli stabilimenti. Preso per punto di partenza l'est della Francia, continuò le sue esplorazioni rimontando verso il nord, per ridiscendere al sud della Germania e poi nell'Ungheria, e ne creò XII Capitoli, che divise poi in sezioni. Fece precedere a questa parte una prima, nella quale trattò le generalità sulle acque minerali in V Capitoli.

Non tutte le fonti minerali però vengono descritte, perchè sono troppe. L'Austria sola ne possiede più di 3 mila! Egli si limitò a quelle dove esistono stabilimenti, e che hanno una vera fama terapeutica. Di più rinchiuse in un capitolo apposito le *acque minerali trasportate*, quali Sedlitz, Saidschütz, Püllna, ecc.

Quanto all'azione terapeutica in generale, l'Autore giustamente riguarda come refrattarj all'azione delle acque minerali: il cancro, il tubercolo, la sifilide, l'epilessia, le affezioni organiche del cuore, e la gotta arrivata all'ultimo grado con tofi che deformano le piccole articolazioni.

Se le acque sono in Germania numerose e benefiche, non risulta che siano tenute bene. Esse sono quasi sempre raccolte in tinozze di legno di quercia, per cui i principj mineralizzatori hanno un'azione sul tannino e sulla resina del legno. Non sono quasi mai protette da un coperchio, non chiuse al pubblico, per cui nelle ore in cui non le si beve servono talora ad industrie disgustanti. Crediamo però che dal 1858 in poi, epoca del primo libro, questi inconvenienti saranno scomparsi. I bagni invece, dice l'Autore, sono in generale piantati con maggior lusso in Germania che in Francia.

Il secondo volume dell'estesissima opera del Rotureau pubblicato nel 1859 fu dedicato all'*acque minerali della Francia.* Il terzo invece comparso soltanto nel 1864 fu riservato alle *acque minerali dell'Inghilterra, Belgio, Spagna, Portogallo, Svizzera, Italia*, ed a questo modo il vasto argomento era completato.

Dell'Inghilterra trovansi descritte 8 fonti, cioè la quasi abbandonata *Cheltenham* dove il Municipio fa pagare un scellino per ogni bicchier d'acqua che si beve; l'antichissima *Bath,* le cui sorgenti termali hanno fama mondiale, amministrando 50 mila bagni all'anno, e che rivaleggia con qualunque migliore stabilimento di Germania e Francia; la solforosa *Leamington;* l'acidulo-ferruginosa *Buxton;* la cloruro-sodica *Harrowgate;* l'acidulo-ferruginosa *Tunbridge-Wells;* la abbandonata e amarissima *Epsom,* che non serve ora che all'estrazione del solfato di magnesia nella vicina Birmingham; la acidula *Clitfon,* presso Bristol, della temperatura di 20° R.

Del Belgio non vi è accennato che l'unico suo stabilimento minerale, la notissima *Spa*, acidulo-ferruginosa, con fanghi composti d'un deposito ocraceo delle fonti, e d'una terra nerastra che si trova ne'suoi contorni.

Delle italiane vi si trovano descritte 20 delle più importanti ed abbastanza esattamente. Della Svizzera 13.

Chiude l'opera un'appendice contenente le Leggi e Decreti concernenti le fonti e le acque termali in Francia. Facciamo di nuovo voti perchè anche fra noi vengano regolate con istituzioni uniformi.

Guide pratique, etc. — *Guida pratica alle acque minerali francesi ed estere;* del dott. COSTANTIN JAMES. 7.ª edizione. Parigi, Masson, 1867.

È questa un'opera non meno utile al medico, che al bagnante ed al tourista. Eseguita in una splendida edizione, con una carta itineraria, con numerose vignette in acciajo rappresentanti i più rinomati stabilimenti, essa è nelle mani di tutti ed è veramente una guida pratica necessaria. Però nella carta itineraria, per quanto detta delle acque dell'Europa, manca l'Inghilterra e metà Italia, e non si seguì l'esempio del nostro Garelli di colorire diversamente le località a seconda della natura dell'acqua, onde a prima vista conoscerne la composizione.

Il dottor James adottò una divisione delle acque basata sulla loro composizione chimica, che è la più accetta, cioè in *solforose, ferruginose, alcaline, gazose, bromo-iodurate, saline.* Divide poi quelle della Francia in 5 regioni geografiche: centro, mezzodì, est, ovest, nord; trattando in capitoli speciali quelle di Savoja e della Corsica, e dedicando due appendici, una alla visita della famosa *Grande-Chartreuse*, l'altra ai *bagni a vapore di trementina.* La prima ha un'importanza touristica per la selvaggia bellezza del così detto *Deserto* in cui si trova, ed una importanza finanziaria per il *prezioso* liquore che fornisce. Semplici locatarj oggi della casa che fu la culla del loro ordine, ridotti ad essere i fittabili d'un suolo, che non *era loro patrimonio legittimo* e di cui non furono *indegnamente spogliati*, come piace dire al dottor James, ma dall'influenza della grande rivoluzione francese e della civiltà aumentante privati delle enormi loro ricchezze con ogni mezzo accumulate, i Certosini vi si dedicano all'umile, ma proficuo mestiere del liquorista! Quanto ai bagni di vapore terebentinati, è nel dipartimento della Drôme che sembra siansi questi cominciati ad usare. Da più di un secolo gli operai occupati ad estrarre la resina dai forni, che servono alla sua fabbrica-

zione, aveano osservato che coloro che erano affetti da catarri, guarivano. Ma tali guarigioni non aveano oltrepassato quei confini, finchè il dott. Chevandier ne fece argomento di una interessante pubblicazione. Allora il metodo si volgarizzò. Il forno per la pece è una cavità ovoide, profonda due metri, larga un metro e mezzo, sotterranea, dove i ritagli di pino vengono nella notte trattati con un fuoco ardente. Il vapore balsamico che svolgesi dal forno viene condotto in casse, dove si mettono i malati e dove si può graduare la temperatura, ma dalle quali si sorte in sudore profuso. Si giunge in queste stufe a sopportare da 60 a 80° C.

Parlando delle acque minerali della Svizzera, il dott. James non manca di dare dettagli anche sulla *cura col siero di latte*, e sulla *cura del latte d'asina fermentato* che da tanto tempo vi si pratica.

Fra le acque minerali del Belgio annovera, oltre *Spa*, anche le dimenticate *Caufontaine* o *Tongres*, l'ultima delle quali ebbe l'alto onore d'essere citata con elogi da Plinio col nome di *Tungri civitas Galliæ*.

Seguono le acque minerali di Germania e d'Austria, non che un cenno sulla *cura dell'uva*, che praticasi in Germania, a completare l'azione delle acque minerali, ed anche da sola. La chiamano un trattamento rinfrescante e la credono utile ai tisici.

Dopo le acque minerali d'Italia descritte abbastanza bene, e un'ascensione al Vesuvio, e una visita alle stufe di Nerone, alla Grotta del Cane ed alla Grotta d'ammoniaca (1), viene uno studio sui *Bagni marini*, e poi sull'*Idroterapia*.

Segue un piccolo trattato terapeutico delle malattie per le quali si va ai Bagni, diviso in cinque capitoli: malattie nervose, di petto, di ventre, chirurgiche e generali, come scrofola, cachessie, ecc. Un capitolo apposito è dedicato alla gotta, e uno alla sifilide.

---

(1) Il dott. C. James è cavaliere dei SS. Maurizio e Lazzaro, è membro corrispondente delle Società mediche di Torino, Milano, Firenze, Napoli, ma ciò non toglie che parli con compiacenza del *giovane re di Napoli, che si è immortalato colla sua eroica campagna difendendo i suoi diritti a Gaeta!*

Chiude il libro un capitolo sulle acque minerali artificiali, tanto per quelle destinate come bevande, quanto per quelle destinate all'uso esterno.

Una dimenticanza strana abbiamo trovato in questo libro, d'altronde così perfetto. — Non vi ha cenno delle acque minerali d'Inghilterra.

Delle acque termo-minerali del Balneolo; del dott. ANTONIO CANDIDO. Napoli, 1867. Op. di pag. 112.

Sotto il pseudonimo di Candido si nasconde un distinto sifilografo napoletano, il quale oltre avere edificato un grandioso stabilimento a Baja, in quel golfo magnifico di cui Orazio ebbe a dire che: *nullus in orbe locus Baiis praelucet amoenis*.... e non aver ommesso cura onde accoppiasse il vantaggio sanitario all'agiatezza ed eleganza, ha voluto anche illustrare la fonte con questo libriccino.

In quei luoghi famosi della Campania, che tanti avvenimenti memorabili, la storia, la poesia, la favola resero immortali, dove la dolcezza dell'aere, lo splendido panorama del mare, i colli ridenti e coronati di pampini, d'uliveti e di balsamici fiori.... *litora quae fuerunt castis inimica puellis* (Properzio).... numerosissime erano le terme, e se ne trovano descritte 31 negli autori romani.

Un fortunato evento fece rinascere a vita una terma già decantata e perduta. Il sifilografo Patamia nel dissodare il terreno, onde trapiantarvi le viti, trovò i ruderi dell'antico palazzo romano, del prisco *Balneolum*, una fonte d'acqua e lì vicino eresse il suo nuovo stabilimento. A mezz'ora da Napoli sulla strada che mena all'incantevole spiaggia dei bagnoli, esso ha dirimpetto Nisida, a destra Pozzuoli, Baja, e l'isola di Capri — *prigione e paradiso a Tiberio* — di dietro, ed a sinistra colli vaghi ed ameni, ed è posto lunghesso il lido. Lo stabilimento contiene 30 *vasche* di marmo ad acqua corrente, in eleganti stanzini dipinti alla pompejana, e forniti di ogni comodità pel bagnante. Vi sono due *piscine* per il nuoto, una per sesso, alimentate d'acqua minerale vergine.

Sebbene basti in quei luoghi praticare dei fori artesiani non più che alla profondità di 5 metri per avere in abbondanza ac-

quà minerale, tuttavia tre fonti sole usansi allo stabilimento. L' una clorurata-sodica a 42.° C. e alimenta la piscina; le altre due alcaline; la più calda a 50.° C., provvede bagni e docce, la meno calda 25° C. si beve. Per cui le due ultime si usarono con successo nelle affezioni addominali, vescicali, uterine; la clorurata-sodica nella clorosi, anemia, scrofola, rachitismo.

Analisi dell' acqua salino-termale del Masino in Valtellina. Un opuscolo in 8.° grande di pag. 32. Milano 1864.

Il padre Gallicano Bertazzi fu incaricato dell'analisi di questa fonte molto pregiata fra noi, in occasione che una nuova polla vi veniva scoperta. Risultò dalle sue indagini, che quest'ultima è nei caratteri e negli elementi identica all'antica, cioè salino-termale. All' uscita infatti ha una temperatura di 38° C. essendo l' aria esterna a 25° C., è perfettamente limpida, non dà bolle, è senza odore e sapore. Contiene in abbondanza solfato di soda, poi solfato di magnesia e di calce, cloruro di sodio, carbonato di calce e di magnesia. La nuova polla fornisce 1200 litri d'acqua all'ora, la vecchia 2400.

All'analisi del P. Bertazzi seguono alcune *pratiche annotazioni,* sotto forma di lettere ad un amico, del compianto prof. Cotta, che per tanti anni diresse lo stabilimento. Sono quattro. Nella prima fa un cenno della posizione dello stabilimento; nella seconda espone i primi effetti che l'acqua in bibita o per bagno produce; nella terza enumera le malattie nelle quali le acque del Masino furono riconosciute vantaggiose. I primi organi che risentono l' efficacia dell' acqua bevuta sono gli intestini, ed essa giova nelle enteriti lenti, nei disordini digestivi, nelle enteralgie, nelle diarree. Quest' acqua esercita poi una benefica particolare influenza nel riordinare le funzioni del fegato. Ma dove ha ottenuto una grande celebrità, da meritarsi, come dissi, il titolo di *Bagno delle signore*, titolo che non merita nè la località nè la vita che vi si conduce, è nelle malattie uterine. I disordini funzionali di quest' organo vengono o tolti o diminuiti dall'uso di queste acque per bibita o per bagno. Altre indicazioni trovano poi nelle malattie della pelle, e del sistema glandolare, e nelle affezioni nervose. Nella quarta lettera tratta delle cautele

che si debbono usare tanto nel bevere l'acqua, come nel prendere il bagno.

Masino ha molta rassomiglianza con Karlsbad, Pfeffers, ecc.

Manuale di oculistica pratica: *di* **A. STELLWAG von CARRION.** *Prima versione italiana dalla seconda edizione tedesca per cura del prof.* ***Antonio Quaglino.*** *Milano*, 1864-66; 1 *vol. in*-8.° *massimo di pag.* 976 *con fig.* — *Analisi bibliografica del dott.* ***Giovanni Rosmini.*** (*Continuazione della pag.* 659 *del vol.* 198, *fasc. di dicembre* 1866).

Se non ho trovato fin qui che parole d' encomio pel modo spedito, conciso, sintetico, con cui lo Stelwag ha trattato nel suo aureo libro le infiammazioni della cornea, della iride, della coroidea, della retina e del nervo ottico, dopo la lettura dell' articolo *sul Glaucoma* dovrei raddoppiare gli encomii, trovando in quell' articolo svolte colla più efficace evidenza tutte le questioni che risguardano la condizione patologica, la sintomatologia obbiettiva e subiettiva, il vario modo di decorrere e di terminare e le risorse terapeutiche di quella terribile affezione, della quale pochi anni or sono ci era nota appena imperfettamente la fisonomia esterna, e solo sapevamo di certo, che essa traeva costantemente ad una completa ed irreparabile cecità. Tuttavia hannovi dei punti in cui l'Autore o combattendo opinioni d' altrui od esponendo le proprie intorno alla patogenesi di questa malattia non finisce di persuadermi, ed a quei punti mi permetterò di aggiungere alcune riflessioni, che abbandono al giudizio dei lettori.

Lo Stelwag distingue tre forme principali di glaucoma — il glaucoma infiammatorio — il glaucoma semplice — e l' affezione glaucomatosa del nervo ottico. — L' infossamento della papilla ottica che è più o meno appariscente, più o meno pronta a manifestarsi, ma pur sempre costante in ciascheduna di queste forme, costituisce un primo carattere che le identifica tra di loro. Il fatto che tanto l' affezione glaucomatosa quanto il sem-

plice glaucoma, oltre al presentare durante il loro decorso almeno temporanei aumenti della pressione endoculare, transiscono spesso nel glaucoma infiammatorio ovvero s' incontrano assieme a quest' ultimo sviluppandosi in un occhio questa, e nell' altro quella forma, ed il fatto altresì che il glaucoma infiammatorio col cedere dei sintomi flogistici ed anche quelli della pressione può assumere temporariamente il carattere del glaucoma semplice e persino dell' affezione glaucomatosa del nervo ottico, sono tutte prove dell' analogia di processo che le qualifica. — Finalmente l' identico valore che spiega in ciascheduna di esse una sola e medesima terapia (l' iridectomia), purchè adoperata in tempo utile, conferma l' identità di natura dello tre forme morbose. Gli è perciò che l'Autore prima di segnare le particolarità che s' incontrano nel primo sviluppo e nel successivo andamento delle speciali forme accennate e delle loro molteplici varietà, definisce e spiega i principali sintomi o caratteri che ponno essere comuni a ciascuna di esse in qualche periodo almeno della malattia e che costituiscono per così dire la fisiologia patologica del glaucoma.

Il processo glaucomatoso non è, secondo lui, che una specie particolare d' infiammazione i cui prodotti sono di natura sierosa o secretoria, e la cui più decisa tendenza è l' atrofia degenerativa delle parti che primitivamente o secondariamente vengono influenzate dal processo. — Non si verifica vero aumento di sostanza, se non che nell' umor vitreo od all' aumentata copia di questo ultimo è specialmente dovuto quell' eccesso di pressione endoculare che determina la paralisi funzionale della retina e dell' apparecchio accomodatore, che suscita le esterne congestioni e le nevralgie ciliari che si verificano in certi stadii o varietà della malattia, cagionando finalmente l'atrofia di tessuto in tutte le membrane che quasi passivamente ne subiscono l' influenza (retina e papilla ottica — iride e coroidea — cornea e congiuntiva).

Ma quali sono le condizioni che rendono così funestamente potente l' eccesso di pressione endoculare. — In primo luogo l' anormale rigidità della sclerotica talora congenita od ereditaria, talora dovuta all'involuzione senile o ad un processo flogistico molto analogo al processo necrobiotico di degenerazione

ateromatosa delle tonache arteriose, dà alla sclerotica una particolare resistenza all'urto dell'umor vitreo aumentato, che deve quindi esercitare tutta la sua influenza sulla papilla ottica, e sulle interne membrane vascolari, impedendone la libera circolazione e l'esercizio delle rispettive funzioni fisiologiche. In secondo luogo la coincidenza frequentissima della ateromasia parziale od estesa delle arterie endoculari rendendo irregolare l'irrigazione arteriosa, occasiona stasi venose permanenti o progressive, le quali mentre facilitano le essudazioni sierose intraoculari, pongono ostacolo al riassorbimento delle medesime. Dalla costante e progressiva influenza di tutte queste condizioni che mantengono l'eccessiva pressione endoculare, deve necessariamente venirne l'atrofia dei tessuti che la subirono.

L'atrofia parziale o totale dei tessuti oculari è infatti l'esito finale del glaucoma abbandonato a sè stesso, sia quando alla degenerazione atrofica degli interni tessuti oculari sussegue il corrugamento degli involucri esterni del bulbo, cornea e sclerotica, che non parteciparono nello stesso grado alla flogosi endoculare, sia quando l'interna pressione endoculare ha trovato un elaterio nella infiammazione suppurativa della cornea, o nei parziali processi di sclerotico-coroideite, che determinano le ectasie sclero-coroideali.

L'Autore non è persuaso dell'idea recentemente emessa dal Donders, sostenuta dal Veker e da molti altri, alla quale propende anche il nostro Quaglino, che cioè l'aumento del corpo vitreo, anzichè essere di natura flogistica, rappresenti un'anomalia di secrezione prodotta da un morboso stato irritativo dei nervi che presiedono alle secrezioni intraoculari. Ma a dir il vero, mentre mi seduce assai quest'ultimo concetto, anche come viene espresso dallo Stelwag, non mi sembrano invece abbastanza convincenti le ragioni che egli oppone contro codesta ipotesi teorica per sostenere l'indole flogistica del processo in questione.

L'infiammazione secondo il concetto del Donders sarebbe nel glaucoma qualche cosa di secondario, di sopraggiunto, una complicazione, che trova un attivissimo momento predisponente negli anormali rapporti della pressione. Si comprende quindi benissimo come le proliferazioni flogistiche si possano verificare nelle più diverse parti costitutive del bulbo, secondo lo Stelwag

ci assicura, esaminando massime col microscopio occhi glaucomatosi che nell'individuo vivente non presentarono sintomi sensibili d'infiammazione, senza che ciò valga a provare falsa la teoria che attribuisce l'aumento di volume del vitreo ad un'alterazione o diremmo meglio ad un'irritazione speciale dei nervi secretorii. Nè mi par giusto pretendere dai reperti anatomici o microscopici la prova positiva di codesta alterazione funzionale dei nervi secretorii, giacchè i mutamenti molecolari che devon certo avvenire in un punto o nell'altro del sistema nervoso ogni qualvolta si determinano particolari stati nevrosici, sfuggono il più delle volte ai nostri mezzi d'investigazione. D'altronde nel caso concreto, se si trovassero nei così detti nervi secretorii delle alterazioni considerevoli, anzichè gli effetti di anormale eccesso di loro attività, avrebber dovuto precedere i segni del loro paralizzamento e quindi una diminuzione od un arresto delle secrezioni anzichè l'aumento delle medesime, quale si osserva nel processo glaucomatoso.

Quando infatti in conseguenza della prolungata pressione endoculare cagionata dall'ipersecrezione del vitreo si determina l'atrofia delle interne membrane vascolari, la degenerazione degli elementi del cristallino, l'ulcera paralitica o lo sfacelo corneale, ovvero una lenta riduzione atrofica dello intero bulbo, si può essere certi di riscontrare l'atrofia più o meno notevole dei tronchi o dei rami nervosi ciliari, come avvenne di osservare al Graefe, al Donders e fra noi al prof. Magni di Bologna. Del resto, se allo Stelwag non piace l'ipotesi annunciata, perchè non è dimostrabile mercè alcun sintoma positivo, non sembra nemmeno che le neoplasie flogistiche riscontrate nella cornea o in altri tessuti di occhi glaucomatosi, che nell'individuo vivente non presentarono alcun sintoma sensibile di infiammazione, siano prova sufficiente che l'infiammazione rappresenti l'elemento genetico principale od essenziale dell'ipersecrezione del vitreo come degli altri mutamenti che caratterizzano il processo glaucomatoso. Nessuno può contestare, gli è vero, che ogni marcato attacco flogistico, sia che inizii il processo glaucomatoso, oppure si sviluppi nell'ulteriore decorso del glaucoma semplice o della affezione glaucomatosa del nervo ottico, proceda con un notabilissimo aumento della pressione, giacchè

è naturale che sia l' aumento congestivo come le essudazioni sierose e le proliferazioni cellulari, che segnano l' attacco flogistico debbano aggiungere altri elementi a quelli che già costituivano l' esagerata pressione endoculare. — Tuttavia non è meno vero che l' aumento della pressione endoculare apre spesse volte la scena del processo glaucomatoso costituendo il primo sintoma dimostrabile dell' affezione, e ch' esso non di rado si mantiene per anni e può a poco a poco raggiungere i gradi più elevati, senza che in qualsivoglia epoca siansi mostrate traccie manifeste d' infiammazione. Tale obbiezione positiva non è certo risolta dal fatto addotto dallo Stelwag, che cioè, bene osservando, in ogni caso si possono riconoscere con certezza infiammazioni almeno intercorrenti, le quali si danno a conoscere mercè leggieri intorbidamenti dei mezzi diottrici, ed ancor più mercè consecutive alterazioni degli organi infiammati, giacchè questo non prova che negli intervalli in cui queste infiammazioni intercorrenti non sono manifeste, devonsi attribuire i progressi del glaucoma ad una specie di *infiammazione latente*, non meno ipotetica e non meno difficilmente dimostrabile della presunta affezione dei nervi secretorii, o diremmo forse meglio dei nervi che presiedono alle azioni trofiche delle membrane e degli umori endoculari.

Speciosa poi più che persuasiva mi sembra la risposta dell'Autore all'altra obbiezione; che cioè l'anormale rapporto della pressione persiste a lungo dopo gli attacchi flogistici ed in opposizione a queste spesse volte diventa permanente, mentre in altre condizioni morbose gli aumenti della pressione dipendenti dalla infiammazione cedono sotto l'assorbimento. Tale obbiezione, egli dice, si può affievolire colla osservazione, che durante il processo glaucomatoso un aumento della pressione provocata dalla flogosi può *mantenersi* mercè la associatavi stasi venosa. In primo luogo si può contro rispondere che la stasi venosa si può altresì constatare in altri processi di coroideite o scleroticocoroideite, senza ch' essa presenti un ostacolo serio al possibile riassorbimento dei materiali morbosi che aumentarono temporaneamente la pressione endoculare. In secondo luogo si può osservare, che se nel processo glaucomatoso la stasi venosa è uno dei momenti che rendono inerte l'assorbimento dei ma-

teriali che contribuiscono a costituire l' eccesso di pressione endoculare, gli è forse appunto perchè nel glaucoma, più che in altri processi a lui affini, i vasi venosi trovansi passivamente dilatati per una vera paresi o paralisi dei nervi che presiedono alla tonicità delle loro pareti, e perciò trovansi in condizioni opportune agli stravenamenti, ed affatto insufficienti alla fisiologica loro facoltà d' assorbimento.

A tale ipotesi non si oppone certo l' opinione dell' Autore, che l' arresto di attività dell' assorbimento caratteristico della affezione glaucomatosa tenga ai disturbi circolatorii endoculari anche per rapporto alla degenerazione ateromatosa delle arterie peri od intraoculari, che si osserva comunemente nei soggetti glaucomatosi. Imperocchè egli stesso ritiene codesta alterazione delle tonache arteriose costituita da un vero *processo necrobiotico* di degenerazione adiposa, attribuibile il più delle volte all'involuzione senile, quantunque riscontrando alterazione analoga anche nella sclerotica degli stessi soggetti, si senta trascinato dalla preconcezione teorica a considerarla qui come il risultato di un processo flogistico.

Ma a me pare anzi che codesto processo necrobiotico che rende rigide le arterie come la sclerotica dei soggetti glaucomatosi, lo si possa ritenere legato con quel profondo dissesto della innervazione trofica che si rivela non soltanto nei tessuti oculari, ma ben anco nell'intero organismo dell' immensa maggioranza almeno dei soggetti glaucomatosi.

A tutto ciò puossi aggiungere che le principali cause che sogliono determinare o preparare la affezione glaucomatosa, quali sono la diatesi artritica, i gravi depauperamenti dell'organismo, e i profondi o molteplici patimenti dell'animo, pare sieno le più adatte a recare una speciale influenza perturbatrice sulla generale innervazione, la quale spiega, secondo me, e l'aspetto di precoce senilità che presentano quasi sempre i soggetti glaucomatosi, e l' annichilamento talora quasi fulmineo della funzione visiva, sproporzionato alle apparenti alterazioni organiche che si verifica in certe forme di questa malattia, ed il celere o progressivo dissesto nutritivo che avviene nei tessuti più importanti alla visione senza un imponente apparato di sintomi esterni, anche in quei casi in cui la malattia tiene lento od apparentemente mite decorso.

Da tutto ciò parmi poter concludere, in onta a quanto sostiene lo Stelwag, che come sembra alquanto plausibile l'idea che l' aumento del vitreo nel glaucoma tenga ad una particolare irritazione dei nervi secretorii, così le stasi venose, e la tendenza alla atrofia di tessuto che si osservano più che mai caratteristiche di tale affezione, trovano un importante momento eziologico in uno stato di paresi e di vera paralisi dei nervi trofici che regolano gli atti nutritivi delle parti a cui si distribuiscono.

Dietro tale concetto, io apparentemente mi avvicino alle idee espresse in proposito dal prof. Magni di Bologna, il quale considera il glaucoma come un particolare processo atrofico delle interne membrane oculari subordinato all' atrofia dei nervi ciliari. Ma in realtà vi ha una notevole differenza tra il mio modo di vedere e quello dell'illustre clinico di Bologna. Egli infatti nega assolutamente che v'abbia nel glaucoma aumento di volume del vitreo e crede anzi che questo pure subisca un certo grado di riduzione, anche per addattarsi al corrugamento atrofico che avviene secondo lui durante il processo negli involucri membranosi del bulbo. Ma egli poi non spiega nè prova come si determini primitivamente l'atrofia dei nervi ciliari, alla quale pare attribuisca quasi esclusivamente i disordini idraulici nutritivi e funzionali che rappresentano le evoluzioni progressive del glaucoma. Oltre a ciò non si può spiegare secondo il suo concetto nè lo sviluppo primitivo dell'affezione glaucomatosa del nervo ottico, nè la genesi del glaucoma acuto inflammatorio, durante il quale oltre i sintomi evidenti dell' infiammazione, che non ponno certo essere effetto dell'atrofia dei nervi ciliari, si verificano atroci nevralgie, che certo non si manifesterebbero, ove i nervi ciliari fossero atrofici.

Secondo il mio modo di vedere invece, ammettendo che la causa primordiale dell'affezione glaucomatosa stia in un dissesto dell'efficienza funzionale di quella sfera nervosa che serve nell'occhio a regolare le secrezioni e gli atti nutritivi dei diversi tessuti che lo compongono, non trovo difficile di concepire come nella maggior parte dei casi gli effetti principali di tale dissesto consistano in una ipersecrezione dell' umor vitreo ed in una specie di ingorgo passivo del sistema venoso coroideale che

dispone a continue o ricorrenti essudazioni sierose endoculari, di cui specialmente per l'anzidetta anomalia del circolo viene reso difficile od impossibile il riassorbimento. E mi spiego come per la costante coincidenza della rigidità sclerotidea, che non si può negare, come il professor Magni nega la frequente coesistenza dell'arteriasi peri od intraoculare ammessa da altri, presentando la sclerotica una resistenza invincibile all'eccesso morboso della pressione interna, questa debba esercitarsi sulla retina per paralizzarne la funzione, sulla papilla ottica per contribuire al di lei caratteristico infossamento, e contemporaneamente o successivamente sul corpo ciliare e sull'iride, per ivi indurre fenomeni congestivi o flogistici accompagnati da dolori più o meno forti e da offuscamento degli umori endoculari, ovvero semplici stasi del circolo accompagnate da fenomeni paralitici, quali sono l'astenopia e l'iperpresbiopia, il restringersi della camera anteriore per arresto di secrezione dell'aqueo, la midriasi immediata o progressiva e l'anestesia completa od incompleta della cornea.

Ammettendo del resto che dato il primordiale dissesto dell'innervazione trofica, l'elemento attivo del processo glaucomatoso stia nell'eccesso di pressione endoculare, si spiega come a seconda del grado di codesta pressione e delle resistenze che dessa incontra, ed a seconda che la si determina repentinamente od in modo lento od intermittente, diverso debba essere il modo di reazione che presentano i vasi, i nervi e gli elementi istologici dei tessuti che ne subiscono l'influenza. E di qui la varietà dei quadri sintomatici che presentano, o nelle prime manifestazioni, o lungo il decorso della malattia, le diverse gradazioni del glaucoma infiammatorio, e le così dette forme di glaucoma semplice. Che se codesta pressione dura a lungo od è intensa per la straordinaria rigidità della sclerotica, per l'irregolarità del circolo coroideale mantenuta dalle stasi venose od anche dalla sclerosi delle arterie, e per l'inerzia dell'assorbimento cagionata dalle anomalie del circolo e dallo squilibrio dell'innervazione trofica, è naturale che la conseguenza ultima della eccessiva pressione endoculare debba essere l'atrofia più o meno completa dei tessuti che maggiormente la subiscono.

Se quindi anche i nervi ciliari negli occhi glaucomatosi fu-

ron trovati più o meno estesamente atrofici dal Magni e da altri, ciò vuol dire secondo me che anche i nervi ciliari hanno subìto in quei casi la conseguenza naturale della straordinaria o prolungata pressione endoculare, ma non è lecito inferirne che un primitivo processo atrofico di quei nervi meriti d'essere considerato come causa primordiale delle paralisi funzionali e delle consecutive atrofie di tessuto che rappresentano l'affezione glaucomatosa.

Probabilmente invece è da attribuirsi specialmente all'atrofia già consumata di detti nervi ciliari il completamento della anestesia corneale, la malacia o l'ulcera paralitica della cornea, che sono sequele del glaucoma conclamato tutt' altro che costanti, forse appunto perchè tutt' altro che costante è la vera atrofia dei nervi ciliari. Oltre a tutto ciò se pensiamo ai vantaggi, almeno temporanei, che arrecano durante il processo glaucomatoso le ripetute evacuazioni dell' umor acqueo, ed alla incontestabile utilità che presenta il più delle volte l' iridectomia eseguita a tempo opportuno, gli è ben difficile concepire come questi mezzi valgano ad arrestare il presunto processo atrofico dei nervi ciliari. Mentre non è possibile negare che colle paracentesi corneali si diminuisca temporaneamente l'eccesso di pressione da cui è oppressa la retina fra la coroidea anormalmente ingorgata e l'umor vitreo relativamente aumentato, è ragionevole ammettere, che mediante l'iridectomia rompendosi la continuità di quel cingolo vascolo-membranoso che serra da tutte parti la retina contro l'umor vitreo aumentato, si toglie l'eccessiva tensione delle interne membrane vascolari e forse perciò si rendono in esse più liberi e più attivi i rapporti circolatorii, che sono necessarii a ristabilire l'equilibrio tra le secrezioni e l'assorbimento. Il processo morboso può per tal modo arrestarsi o regredire, e regredisce di fatto o si arresta quando però il dissesto della innervazione trofica, che lo ha primitivamente incoato, non si annidi per avventura nei centri nervosi. In questo caso se quel dissesto rimane immutato o progredisce spontaneamente, o subisce una recrudescenza per qualche causa occasionale, può accadere che l' atrofia glaucomatosa del nervo ottico progredisca anche dopo le modificazioni ottenutesi colla iridectomia nelle membrane e negli umori endoculari, ovvero che si

determinino quelle recidive, o quegli ostinati progressi dell'affezione glaucomatosa che si mostran ribelli anche alle ripetute iridectomie, e che talvolta per le straordinarie molestie che arrecano e per l'irritazione simpatica che soglion destare nell'altro occhio rendono necessaria perfino la enucleazione del bulbo.

Ma tornando allo Stelwag, dobbiamo notare come anche nell'altro sintomo patognomonico del glaucoma — l'infossamento della papilla ottica — egli trovò gli indizii del processo flogistico. La causa precipua dell'escavazione sta nella retrazione della membrana cribrosa e questa devesi probabilmente non solo allo aumento della pressione intraoculare, ma viene prodotta eziandio da una diminuita resistenza della lamina cribrosa, che dal canto suo dovrebbe piuttosto provenire da un processo flogistico. Tale sua opinione è appoggiata all'osservazione di casi in cui l'escavazione sviluppasi completamente sotto una durevole mancanza di notabile aumento della pressione, ed all'altro fatto che non assai di raro la pressione intraoculare rimane in considerevole aumento senza che abbia luogo un'escavazione. Quantunque sopra buon numero di glaucomi da me osservati non abbia mai avuto occasione di confermare codesti due fatti, pure non oserei certo mettere in dubbio quanto lo Stelwag asserisce. Osservo però come puossi benissimo concepire che la anormale cedevolezza della membrana cribrosa dipendente o da vizio congenito, o da involuzione senile, o da morbosa alterazione nutritiva, debba risentire facilmente l'influenza della pressione endoculare aumentata, quantunque in grado non molto considerevole, e che detta membrana cribrosa in condizioni affatto opposte possa resistere anche a lungo ad un grado di pressione assai forte, senza che si debba ammettere che nel primo caso il processo flogistico s'incaricò di previamente stabilire in essa un processo di rammollimento, mentre nel secondo limitò la sua produttività dissolvitrice alle membrane ed agli umori endoculari. Quanto poi all'altro fatto annunciato dallo Stelwag, che nei glaucomi infiammatorii primarii l'escavazione dopo i primi attacchi flogistici spesse volte manca malgrado una assai forte pressione, mentre invece sviluppasi più tardi e talora lentamente solo allorchè la pressione è notabilmente scemata di nuovo, se è una prova che l'esca-

vazione papillare non è sempre nè esclusivamente dovuta alla pressione endoculare, non è però argomento sufficiente a provare che il rammollimento della lamina cribrosa e la consecutiva retrazione del fondo papillare sia una conseguenza secondaria dei ripetuti attacchi flogistici dal momento che la si vede determinarsi lentamente e in epoca lontana dagli episodii infiammatorii. Parmi del resto molto naturale che quando durante il turgore flogistico la pressione endoculare estende la sua influenza contro le pareti anteriori e laterali del bulbo, il polo posteriore di esso debba relativamente risentirne assai meno gli effetti, e che quando invece cessa il diffuso turgore infiammatorio e diminuisce senza cessare la pressione endoculare, questa appunto perchè insufficiente a vincere la morbosa resistenza della sclerotica, valga a concentrare tutta la sua azione sul punto che presenta una cedevolezza relativamente maggiore, ed a provocare quindi il lento ma progressivo infossamento della papilla. Sembrami al contrario piuttosto difficile a comprendere come le stesse alterazioni nutritive di natura flogistica, secondo l'Autore, che inducono nella sclerotica una rigidità particolare che la rende straordinariamente resistente all'urto degli umori endoculari, possano invece nella lamina cribrosa, altra delle provincie della sclerotica, determinare uno speciale rammollimento, che la rende più facilmente cedevole alla pressione endoculare e quindi meglio disposta al progressivo infossamento.

Infine, se è vero quanto aggiunge lo Stelwag, che le iridectomie eseguite nei primordii del glaucoma prima dello sviluppo dell'escavazione, scemano bensì la pressione intraoculare, ma non impediscono sempre l'ulteriore sviluppo della escavazione, è altresì vero, com'ebbi recentemente a constatare in un mio operato, che quando l'escavazione è recente e quasi esclusivamente cagionata dalla pressione endoculare subìta specialmente dalla papilla ottica, dopo l'iridectomia scompaiono quasi completamente tutti i segni ottalmoscopici dell'infossamento papillare.

Laddove quindi dopo l'iridectomia si manifesta l'infossamento papillare che prima non esisteva, o in altri termini si determina l'affezione glaucomatosa del nervo ottico, mentre non esiste più nè il turgore coroideale, nè l'ipersecrezione del vitreo, ciò non vuol

dir altro se non che la malattia ha mutato di fase o di forma, ha mutato il substratum. E ciò lascia più ragionevolmente supporre che l'incognita causa primordiale del processo glaucomatoso stia in un'affezione più o meno estesa o profonda dei nervi che regolano nel bulbo oculare la tonicità dei vasi e le secrezioni, e che presiedono agli atti nutritivi dei diversi tessuti dell'occhio. Noi conosciamo finora solamente il mezzo di togliere uno degli effetti di quell'incognito alteramento d' innervazione, che è appunto l' eccesso di pressione endoculare per turgore coroideale ed ipersecrezione dell'umor vitreo. Ma quando il dissesto nutritivo o primitivamente o successivamente si va fissando per progredire nella lamina cribrosa o nel tessuto connettivo e negli elementi nervei della retina e del nervo ottico, allora nè l'iridectomia, nè altri mezzi fra i conosciuti valgono a frenare il fatale progresso della malattia. Ed è soltanto nei casi in cui la affezione glaucomatosa incominciata nel nervo ottico si arresta qui per transire invece alle membrane ed agli umori endoculari, determinando tutta quella serie di mutamenti che rappresentano la più o meno eccessiva pressione endoculare, allora soltanto può ancora trovare indicazioni opportunissime l'iridectomia, quantunque però in tali circostanze essa non valga ad arrecare quel radicale e durevole ristabilimento della funzione visiva che suole indurre quando le alterazioni glaucomatose piuttosto recenti rimasero limitate alle membrane ed agli umori endoculari.

Dopo gli appunti che mi son permesso di fare in opposizione alle idee emesse dallo Stelwag intorno alla fisiologia patologica del glaucoma, mi affretto a dire come egli descriva assai bene il quadro dei sintomi che caratterizzano le diverse varietà di questa malattia. Incomincia da quelli che qualificano le molteplici gradazioni di escavazione della papilla, per passare a quelli che rappresentano l'aumento della pressione endoculare e le sue progressive conseguenze (durezza del bulbo — pulsazioni dei vasi centrali della retina — restrizione della camera anteriore — dilatazione, inerzia, od immobilità della pupilla — diminuzione dell'ampiezza della accomodazione, e del valore refrattivo dell'apparato diottrico — anestesia della cornea — stasi venose negli organi centrali e nell'episclera). Indi descrive a parte

i fenomeni obbiettivi della così detta infiammazione glaucomatosa, i quali hanno molta analogia con quelli di una coroideite sierosa associata all'ialite ed anche all'iritide. E chiude il quadro sintomatico colla descrizione ragionata dei disturbi visivi caratteristici, attribuendo la visione della nebbia e la percezione dell'alone iridescente intorno alle fiamme, allo intorbidamento dei mezzi diottrici. Siccome poi quest'ultimo fenomeno svanisce ove si restringa la pupilla, ciò prova secondo lui ch'esso è basato sull'interferenza dei raggi, e che in questa sono specialmente interessati i raggi più fortemente deviati che passano attraverso le parti periferiche degli umori. La percezione degli offuscamenti caliginosi del campo visivo e in ispecie i veri oscuramenti di quest'ultimo non sarebbero, come già si credeva, puri effetti dell'aumento della pressione intraoculare, ma conseguenza immediata dei disturbi circolatorii sull'apparato senziente la luce, e la pressione intraoculare vi entrerebbe solo come causa che contribuisce a disturbare il circolo. Le circoscrizioni del campo visivo e il finale acciecamento amaurotico li considera come conseguenze dello stiramento e della degenerazione delle fibre nervee nel distretto della escavazione, come anche del lento progresso della atrofia nell'interno del bulbo e nei due nervi ottici.

Il *rischiaramento subiettivo, del campo* visivo che illude non rare volte i glaucomatosi già irreparabilmente amaurotici, è, secondo l'Autore, espressione della eccitazione infiammatoria, nella quale vengono mantenuti gli elementi del nervo ottico dal processo glaucomatoso, che progredisce gradatamente in essi in direzione centripeta.

Chiama sintomi concomitanti, vale a dire non costanti, del glaucoma, la cromopsia, la fotopsia, i dolori. — I primi due li ritiene in nesso coi disturbi circolatorii — quanto ai dolori che sono quasi esclusivamente proprii delle forme infiammatorie, non dice se rappresentino una affezione idiopatica dei nervi ciliari, od un patimento secondario alla pressione endoculare aumentata od ai disturbi circolatorii.

Rapporto all'eziologia del glaucoma, l'Autore è piuttosto breviloquente; accenna le cause principali notate da tutti gli autori come disponenti a codesta malattia, ma è assai parco nello

spiegare il nesso che si può vedere *fra* quelle cause e i loro effetti, e il lettore rimane poco soddisfatto di questa severa circospezione dell'Autore.

La *rigidità della sclerotica* e delle *pareti vascolari*, spesso ereditaria, talvolta solo congenita, il più delle volte acqusita o per involuzione senile, o pel precoce marasmo figlio della miseria o delle ripetute malattie, o per conseguenza della diatesi artritica, rappresenterebbe, secondo l'Autore, quella determinata disposizione, la quale fa sì che avvengano con maggiore facilità anomalie nei rapporti di circolazione e nutrizione del bulbo, e che una volta date, queste si dissipino più difficilmente che non in circostanze diverse. Le nominate disposizioni sarebbero capaci di influenzare e modificare in modo speciale i processi morbosi già esistenti, oppure di svilupparne idiopaticamente dei nuovi con una impronta affatto speciale. Nel primo caso si spiegherebbe lo sviluppo del glaucoma secondario o consecutivo, che può aver luogo nel decorso di una cheratite, di una irite, e massime di una irido-coroideite spontanea o successiva a traumi accidentali ed operatorii, nel secondo si avrebbe lo sviluppo del glaucoma primario, vale a dire indipendente da cause esteriori sufficienti. Se però si osserva che codeste anomale disposizioni del circolo, come la diminuzione di distensibilità di tutti i tessuti elastici, e tutte le altre condizioni che rappresentano l'involuzione senile e nei tessuti dell'occhio e nella generale economia sono spesso considerate dall'Autore stesso qual momento eziologico d'altre malattie dell'occhio, anche affatto diverse dal glaucoma, e ponno d'altronde esistere senza prepararne nè determinarne alcuna, vi ha luogo di dubitare della particolare o quasi esclusiva importanza eziologica che si vuol loro attribuire nella genesi del glaucoma. Rimane quindi sempre ragionevole l'ipotesi che il momento causale più immediato e più imponente di quusta affezione stia in un alteramento più o meno profondo dell'innervazione trofica generale o locale, di cui ponno essere altrettanti effetti anche le accennate disposizioni anormali dei vasi e dei tessuti, alteramento dell'innervazione, che alla sua volta può essere stata determinata, e dal fomite artritico, e dai gravi patemi d'animo, e dalle lunghe cure debilitanti, come dalla miseria, o da precedute malattie dell'asse spinale.

Parlando del decorso del glaucoma, l'Autore descrive come in altrettanti quadri le diverse varietà delle tre forme principali di questa malattia, quali vennero da lui distinte. In uno di essi viene delineato il modo talora subdolo e lento, talora ad esacerbazioni e remissioni od intermissioni, con cui si manifestano i sintomi funzionali della semplice affezione glaucomatosa del nervo ottico caratterizzata dalla progressiva escavazione papillare. Nel suo progredire però anche quest' affezione semplice si associa o durevolmente o temporariamente ai diversi fenomeni che rappresentano l'esagerata pressione endoculare.

Ma non di rado si aggiungono veri attacchi infiammatorii, i quali ponno retrogradare completamente e ricomparire più tardi ed a più riprese, circoscrivendo e paralizzando progressivamente la sensibilità retinica, o ponno anche d'un tratto chiudere coll'amaurosi completa la serie dei fenomeni glaucomatosi.

In altro quadro è descritto il così detto *glaucoma fulminante*, la cui natura sempre flogistica, egli deduce dall' intorbidamento immediato dei mezzi trasparenti, determinato secondo lui da vere proliferazioni degli elementi istologici degli umori, mentre ponno forse essere spiegati anche da trapelamenti sierosi misti a sostanza pigmentosa od a cruore sanguigno proveniente dalla coroidea. In questo modo anzi si spiega il perchè i veri fenomeni di esagerata pressione endoculare e specialmente la nevralgia e i sintomi congestivi dell' episclera, non si rendano manifesti che dopo la già avvenuta amaurosi. Mentre se quegli intorbidamenti fossero devoluti a produzioni morbose dei mezzi trasparenti, per necessità dovendo queste aumentare il contenuto del bulbo, i fenomeni di pressione endoculare aumentata dovrebbero avere una precedenza. Se invece si ammette che quegli intorbidamenti pervennero dalla coroidea e dal corpo ciliare, si spiega e la precoce cecità e la tarda manifestazione della esagerata pressione endoculare. Imperocchè quei trapelamenti, mentre ledono più o meno vivamente il tessuto retinico, devono altresì sgorgare almeno temporaneamente la coroidea, e perciò l'eccesso di pressione endoculare non può manifestarsi se non quando anche per la presenza di quegli elementi eterogenei nella compage del vitreo si renda morbosamente più attiva la secrezione o la formazione della vitreina.

uesta forma è propria, secondo l' Autore, dei soggetti che hanno varcato il 55 anno di vita, o di quelli che sono predisposti al glaucoma per eredità.

In altri quadri descrive i sintomi precursori che con svariata vicenda precedono, talvolta per mesi, talvolta per anni, lo sviluppo delle diverse gradazioni del *glaucoma primitivamente infiammatorio lento ed acuto*, notando le differenze e le analogie sintomatiche che esse hanno tra loro nel modo di decorrere, e terminando colla pittura caratteristica del *glaucoma conclamato*.

Anche queste fedeli descrizioni però, che rivelano le bizzarre anomalie che presenta codesto processo nelle sue varietà di tipo e di decorso, in confronto alle altre forme morbose infiammatorie delle membrane esterne ed interne dell'occhio, convincono sempre più come nell'affezione glaucomatosa si abbiano talvolta le parvenze o le complicazioni del processo inflammatorio, ma non permettono rigorosamente di ammettere ch'esso altro non sia che una specie particolare d'infiammazione.

Quanto alla cura, secondo l' Autore, la prima e più importante indicazione si è l'abbassamento della pressione intraoculare anormalmente aumentata mediante l'*iridectomia*, a rimpetto della quale, secondo lui, tutti gli altri agenti finora usati sono per la grandezza e probabilità del risultato inferiori di tanto che ponno considerarsi quali deboli ausiliari. Con tale enunciato per altro, che noi riteniamo del resto giustissimo, l' Autore sembra contraddire a sè medesimo. E infatti ha dichiarato fin dal principio dell'articolo, che uno degli argomenti, che provano esservi identità di natura o di processo nelle più svariate forme della affezione glaucomatosa, sta appunto nell'identico valore che manifesta una sola e medesima terapia. Mentre ha poi fatto seguire dei ragionamenti in prova che nella cosidetta affezione glaucomatosa del nervo ottico non esiste aumento di pressione endoculare e che anche nelle forme di glaucoma semplice codesta circostanza si verifica talvolta molto tardi o soltanto a ricorrenze, e dopo che l' escavazione caratteristica della papilla e la circoscrizione o diminuzione di acuità visiva si son già rese manifeste, mentre l'eccesso di pressione endoculare non è mai tanto grave e manifesto e funesto

come nelle forme che chiama infiammatorie a decorso acuto o lento.

Come mai dunque nell'affezione glaucomatosa del nervo ottico, in cui non vi ha eccesso di pressione endoculare che meriti di essere abbassata, potrà essere indicata l'iridectomia, e come mai i vantaggi che quest' ultima per avventura apportasse potranno far prova che un tal mezzo ottiene in tutte le forme glaucomatose allo stesso modo il medesimo intento, sicchè da ciò si possa indurre alla identità di natura ch'esse hanno tra loro?

E se è vero che anche nelle forme di glaucoma semplice, l'aumento di pressione endoculare può tardare a manifestarsi ed essere anche posteriore a turbamenti funzionali ed organici già gravissimi, come mai si spiegherebbero i vantaggi che per avventura si ottenessero dalla iridectomia eseguita per prudenza clinica ancor prima che fossero manifesti tutti i segni della esagerata pressione endoculare? Dirassi forse che si è tolto con quel mezzo un fatto morboso che ancora non esisteva?

Io credo che l'unica vera prova che l'affezione glaucomatosa del nervo ottico, se non è materialmente identica, ha però una affinità intima colle altre forme di glaucoma, si è questa che in un gran numero di volte si osserva la transizione di una forma nell'altra, e la coincidenza di due forme diverse della stessa malattia in un medesimo individuo. — Se quindi può essere indicata l'iridectomia nei casi di affezione glaucomatosa del nervo ottico, essa non può avere che un effetto profilattico, di prevenire cioè il passaggio del processo dal nervo agli interni tessuti del bulbo o di rendere per meglio dire men gravi e meno funesti gli effetti dello eventuale aumento della pressione endoculare.

Se poi è utile l'iridectomia nel glaucoma semplice, che si palesa (parole dell'Autore) *mercè il temporario o durevole aumento della pressione intraoculare e mediante il lento sviluppo dell'escavazione caratteristica,* o si ha la più o meno evidente e più o meno grave pressione endoculare, e in tal caso l'iridectomia ha la sua diretta indicazione, o non si ha aumento di pressione di sorta nè accidenti infiammatorii, e in tal caso non

si tratta più di glaucoma semplice, ma dell'affezione glaucomatosa del nervo ottico, e allora l'iridectomia non ha, come dissimo più sopra, che una indicazione profilattica.

Che se infine è più che mai utile l'iridectomia, purchè eseguita per tempo nelle forme glaucomatose dette infiammatorie a decorso lento od acuto, perchè invece di stasi venose e di essudazione sierose coroideali con iperformazione di vitreina vi hanno vere congestioni più o meno attive con tendenza a proliferazione di elementi nuovi nelle membrane endoculari e nel corpo vitreo, ciò vuol dire che la iridectomia vale a diminuire la tensione della trama uveale ingorgata, a rilasciare quella specie di strozzamento che quest' ultima esercita sulla retina, a frenare l'attività proliferatoria negli organi interni del bulbo ed a rendervi per tal modo più libero il circolo sanguigno e più facile il risolvimento di quegli elementi morbosi che rappresentavano l'eccesso di pressione endoculare.

Dopo tutto ciò era ovvio di aggiungere che se si eseguisca la iridectomia nei casi di escavazione papillare puramente sintomatica di atrofia progressiva del nervo ottico per neurite o meningite basilare, o se la si eseguisca troppo tardi nelle altre forme di glaucoma semplice od infiammatorio, quando è già avanzata o completa la degenerazione atrofica del nervo ottico della retina o della trama irido-coroideale, dessa non può valere a reintegrare la facoltà visiva, ma solo talvolta a far cessare le moleste nevralgie che per il costante eccesso di pressione endoculare possono anche conseguitare alla amaurosi consumata.

Il nostro Autore invece perchè ha voluto, nello spiegare la fisiologia patologica del glaucoma, menomare l'importanza attribuita dal Graefe allo eccesso di pressione endoculare, e negare all'elemento nervoso forse primitivamente alterato quella influenza sulla genesi dei principali momenti patologici del glaucoma, che Donders ed altri gli attribuiscono, sforzandosi di tutto assegnare ad esplicazioni latenti o manifeste del processo infiammatorio, il nostro Autore si è per tal modo preclusa la via di giustificare il suo primo asserto, che cioè l'iridectomia è il mezzo curativo più opportuno e più utile in tutte tre le principali forme di glaucoma da lui distinte.

Che anzi nei dettagli dell'iridectomia non parla nemmeno della sua applicazione nella così detta affezione glaucomatosa del nervo ottico. Dice soltanto ch' essa è specialmente utile nelle forme infiammatorie acute o subacute, che essa presta i maggiori servigi quanto più presto viene eseguita e quanto minori sono le alterazioni materiali sofferte dagli organi interni del bulbo, e che nelle forme di glaucoma semplice non flogistico preceduto da prodromi, la si può differire fino a quando divengono più frequenti gli attacchi di oscurazione del campo visivo.

Del resto non si attenta nemmeno di spiegare nè con ragionamenti nè con ipotesi quale sia presuntivamente il modo di agire dell'iridectomia. Ma è invece altrettanto più scrupoloso e abbondante nel riferire i molti casi e le molte circostanze in cui essa è precariamente utile od affatto impotente, anche se ripetuta. E vi ha anzi un punto in cui senza appoggiare l'asserto a ragioni convincenti, accusa l'*iridectomia* praticata nei primi periodi di un glaucoma infiammatorio acuto come capace di accelerare l' esplosione della malattia nell'altro occhio.

« *Mentre d'ordinario nel glaucoma flogistico acuto, i primi attacchi infiammatorii manifesti nell'uno e nell' altro occhio sogliono essere separati da intervalli di alcuni mesi ed anche di anni, dopo l' iridectomia il secondo occhio ammala frequentemente già entro le prime 4 settimane, anzi persino dopo trascorsi 4 od 8 giorni.* Prescindendo dal fatto negativo che osservai sopra buon numero di glaucomatosi che vidi operare e che operai io stesso, davvero non so capacitarmi come mai quello stesso mezzo, che a detta dello stesso Autore ha la potenza di ovviare o di rimediare agli effetti simpatici che esercitano sull'altro occhio certe affezioni iridee od irido-coroideali monoculari che hanno molta affinità col glaucoma, adoperato invece nella cura di un occhio glaucomatoso, abbia ad ottenere precisamente l'effetto opposto.

Fortunatamente però l' Autore stesso attenua la triste impressione, che arreca al lettore codesto suo asserto, osservando come l' accennato svantaggio viene abbondantemente compensato dalla circostanza, che cioè l'iridectomia promette appunto

durante i primi periodi del glaucoma acuto i più splendidi risultati, e questi ponno essere usufruttati tanto nell'occhio attaccato pel primo quanto nell'altro.

Duolmi del resto di non leggere nell'Autore nemmeno un cenno sul reale e costante e talora persino immediato svantaggio che arrecano nella cura di questa malattia le sottrazioni sanguigne e in genere tutti i rimedii debilitanti, cosa che non si osserva mai in tutte altre le affezioni prettamente infiammatorie dell'iride e della coroidea, e che aggiunge molta ragione a dubitare sull'indole infiammatoria, ch'egli ama di attribuire al processo glaucomatoso. Nè mi piace la assoluta mancanza di considerazioni sulle condizioni generali che quasi sempre specializzano i soggetti glaucomatosi, nelle quali sta forse il segreto della particolare ostinatezza che ha pur molte volte codesta malattia, anche se venne temporaneamente arrestata da quell'atto operativo che, come vedemmo più sopra, vale soltanto a modificare più o meno durevolmente uno dei fattori principali che la costituiscono. Gli è nello studio clinico serio di quelle condizioni generali, e delle molteplici o svariate circostanze eziologiche che le sogliono preparare e non solamente nei responsi di ulteriori indagini di istologia microscopica e di anatomia patologica, che noi forse troveremo altri lumi sull'intima natura di quella malattia ed altre ispirazioni sui mezzi profilattici e curativi più opportuni ad allontanare almeno nel maggior numero dei casi le fatali di lei conseguenze. (*Continua*).

Citrato di ferro e di ammoniaca. — Giornali medici e non medici parlano a gara di questa panacea. Sono appunto le panacee che trovano più difficile accesso nel nostro giornale. Senonchè, noi non vorremmo neppure farle il soverchio onore dell'ostracismo, e nel mostrarci spregiudicati incappare nel pregiudizio opposto. Ben venga dunque anche il citrato di ferro-ammonico, augurandogli che faccia men triste figura de' suoi predecessori, o risponda almeno come in alcuni flussi diarroici rispondono egregiamente il percloruro e il solfato e le stesse pillole di sottocarbonato del Vallet, senza avere

perciò mai accampato diritti a brevetti d'invenzione o a medaglie più o meno grandi di Esposizione mondiale.

Il distinto chimico Ruspini, senza farsi sostenitore di questo farmaco quale specifico di cholera, annunciando i fatti riportati dal Guglielmi e da varii medici napoletani, narra che anche in Bergamo e Provincia venne esperito con qualche successo. Crede perciò opportuno, a maggiore guarentigia di chi volesse esperirlo, che debba essere preparato con identico processo e quindi abbia ad avere gli identici caratteri, essendosi pur troppo verificato che non tutti i citrati usati erano *irreprensibili*. Epperò noi riassumiamo quanto egli scrive in proposito.

« I. Il citrato di ferro ammoniacale deve essere perfettamente *solubile* nell'acqua.

II. La sua soluzione *non* deve aver sapore stitico, ma grato; non deve far deposito anche conservata per più giorni.

III. Mescolando il citrato doppio colla calce viva, in mortajo di porcellana, deve svolgersi dell'ammoniaca libera, riconoscibile all'odore, o accostando al miscuglio una carta tinta di tornasole arrossata dagli acidi, riprender deve tosto la sua tinta bleu.

Questo citrato è privo del sapore stitico che generalmente accompagna tutti i preparativi marziali.

La sua soluzione si conserva per più giorni senza alterarsi. L'aggiunta dell'ammoniaca gli fa perdere il suo sapore sapido astringente, senza nuocere alle sue proprietà medicinali.

Citrati di ammoniaca e di ferro che non presentano questi caratteri cardinali si devono rigettare come *mal preparati* (1).

Ora veniamo ai particolari intorno al modo di *farne uso*, qnali indica il dottor Guglielmi di Napoli, cui di tale applicazione spetterebbe, a quanto sembra, il primato.

---

(1) Qui notiamo per incidenza che nel nuovo Codice farmaceutico francese, di cui abbiamo dato negli « Annali di Chimica » un'analisi, è riportato il processo per ottenere il citrato di ferro e di ammoniaca, qual rimedio obbligatorio, ma che i redattori si sono dimenticati niente meno che di riportare i caratteri fisico-chimici che questo sale deve avere!

Ruspini.

Primo stadio del cholera, ossia manifestazione dei primi sintomi assai sospetti, quale la diarrea sierosa ed abbondante, vomiturazione o nausea, oppressione o stringimento al petto, senso di stanchezza alle membra, ecc.

L'ammalato si ponga a letto, bene coperto. Gli sia amministrato per *tre volte* ogni ora una dose di *cinquanta centigrammi* (10 grani) di citrato di ferro sciolto in poca acqua fredda zuccherata.

D'ordinario dopo pochi minuti i sintomi cessano, e nasce un abbondante sudore su tutta la superficie della pelle. Se non cessano, si insiste a somministrare il rimedio. Anche ottenuto l'effetto, sarà bene continuare per *tre giorni* l'uso del citrato, in dose di *venticinque centigrammi* una sol volta al mattino.

Secondo stadio. — Cresciuto il vomito e la diarrea e l'oppressione, la comparsa dei crampi, del freddo all'estremità, la soppressione dei polsi, ecc., si darà *un grammo* (uno scrupolo) di citrato di ferro, sciolto nell'acqua fredda zuccherata *ogni ora,* o *più spesso*, secondo la pertinacia del vomito, e degli altri sintomi, ed insistendo con questa norma fino a guarigione ottenuta. Conseguìta questa, si continuerà il rimedio in dose minore, ed a più lunghi intervalli, per qualche giorno.

Terzo stadio. — Diarrea sfrenata di materie liquidissime, biancastre, vomito incessante, angoscia estrema, freddo marmoreo, pelle livida, occhiaje infossate, cianosi, ecc. Si propinerà allora *un grammo e mezzo* di citrato di ferro ammoniacale a brevi intervalli, e si ripeterà la dose se subito dopo sopravviene il vomito. Insistere fino a scomparsa di sintomi per diminuire gradatamente la dose, ed allargare gli intervalli fra una dose e l'altra fino a guarigione completa.

Ultimo stadio. — Asfissia ed imminenza della morte. Se l'infermo può sopravvivere il tempo che basti per sentire l'effetto del rimedio, può ancora salvarsi (!). In questo caso, quasi disperato, si fa ingojare una dose di *grammi due* di citrato di ferro e ammoniaca ogni mezz'ora, ed *altrettanto* se ne amministra per clistere. Se l'ammalato rinviene alquanto, si discende alle dosi del primo stadio.

È necessario avvertire poi:

1.° Che i clisteri di citrato di ferro ajutano molto, tanto nel secondo quanto nel terzo stadio.

2.° Che non bisogna mai dare bibite acquose all'infermo subito dopo la somministrazione del rimedio. [Tutt' al più per moderargli la sete ardente concedergli qualche pezzetto di ghiaccio.

3.° Che in tutti i casi, e principalmente nei più gravi, bisogna insistere a dare il rimedio senza esitazione fino a che sia vinto il morbo e non disanimarsi se l'effetto non è pronto.

4.° Dirò io finalmente, il citrato da impiegarsi sia dotato dei caratteri che abbiamo più sopra descritti; in questo caso di applicazione speciale come antidoto del cholera, è giusta la esigenza dei caratteri indicati da Béral pel suo citrato, che è pur quello usato da Guglielmi ». (« Annali di Chimica ». Giugno 1867).

— Aggiungiamo per ultimo la formola con cui il citrato viene prescritto dal Guglielmi e fautori, e così si potrà dire che la nostra fiducia, molto scrollata dalle epidemie antecedenti, non ci rese però ingiusti verso il citrato, come non ci aveva reso, per avventura, parziali nè verso l'acido fenico, nè verso il tricloruro di carbonio *et reliqua*.

Per uso interno.

Acqua stillata grammi 180;
Citrato di ferro ammoniacale di Béral, grammi 6;
Zucchero bianco grammi 6.
Da dividersi in sei prese, una ogni ora.

Per clistere.

Acqua di fonte grammi 300.
Citrato di ferro solubile grammi 6.
Per due clisteri. (*Gazz. Med. It. Prov. ven.*, N.° 27 del 1867).

Disinfezioni proposte nel cholera dal Direttorio dell'Assistenza pubblica di Parigi, di concerto colla Direzione delle farmacie degli spedali. — 1.° Purificazione della biancheria proveniente dal

letto di malati, delle tele dei materassi, della lingeria di corpo dei cholerosi, ecc. Lavacro con

Ipoclorito (cloruro) di soda	1	litro
Acqua, circa	9	»

2.° Disinfezione dei bacini, dei vasi da notte, ed altri utensili. Vuotarli, poi immergerli immediatamente in una tinozza, contenente

Ipoclorito (cloruro) di calce secco . .	500	grammi
Acqua, circa	9	litri

Stemperarvi il sale con cura, e agitarvi il deposito col mezzo dell' immersione. I vasi devono essere passati in un secchio di acqua comune, poi asciugati prima di essere rimessi in servizio.

Alla fine della giornata versare il contenuto del recipiente nel lavatojo o nel cesso, e rinnovare la soluzione.

3.° Disinfezione dei pozzi neri, delle latrine e dei pisciatoi. Dove esistono latrine perfezionate basterà di lavare la seggetta o i pitali col seguente miscuglio di cloruro di calce, e mattina e sera gettare nell' orifizio del canale della latrina un secchio, ossia 10 litri, circa, della seguente soluzione:

Solfato di ferro.	500	grammi
Acqua	10	litri
Acido fenico a $^{1}/_{100}$	100	grammi

La lavatura della superficie si farà col miscuglio già indicato di ipoclorito di calce secco 50 grammi, e acqua 9 litri.

4.° Disinfezione della sala anatomica, della stanza mortuaria, della stanza di deposito della biancheria sporca, dei condotti di estrazione dell'aria dalle sale dei cholerosi (dove è in attività un sistema di ventilazione), delle tramoggie per la biancheria sporca. Miscuglio in un vaso di grès:

1 litro di acido pirolegnoso con 5 litri di acqua.

Durante la giornata aggiungervi 250 grammi di cloruro di calce. Si otterrà così uno sviluppo abbondante e permanente di cloro.

5.° Rinsanamento delle sale dei chirurghi. Mettere in queste sale numerosi piatti con cloruro di calce leggermente inumidito di acqua. Si possono ancora operare fumigazioni di acido fenico col seguente miscuglio:

Acqua	. . . .	10 litri
Alcool	. . . .	1 litro
Acido fenico	. . . .	50 grammi

Questo liquido sarà distribuito entro terrine, poste nelle sale, in ragione di 5 terrine di due litri per ogni sala di 30 a 40 malati, ossia una terrina per ogni 6 a 8 letti.

6.° Nel momento di chiudere la bara si spargono 2 chilogrammi di cloruro di calce solido, sotto sopra e ai lati del cadavere. Si getta sul corpo 1 litro di segatura di legno impregnata di 10 grammi di acido fenico.

7.° Per ogni fossa si impiega, secondo l'età dei decessi, da 2 a 6 chil. di ipoclorito di calce, divisi in due frazioni, come è detto di sopra. (*Journ. de pharm. et de chimie* e *Ann. di chim.* (1), maggio 1867).

(1) Ricordiamo ai nostri lettori le interessanti esperienze di Barker, che vennero fatte conoscere negli « Annali di Chimica » (vol. XLIII, pag. 81 e 142), e dalle quali è dimostrata l'efficacia disinfettante anche di altri agenti, che qui enumeriamo:

L'*ozono*, ottenuto colla lenta combustione del fosforo in vicinanza dell'acqua e svolgendo del permanganato potassico.

L'*iodio* e il *bromo* allo stato di vapore, nei luoghi rinchiusi, per ottenere un'azione disinfettante continua.

Il *cloruro* e il *solfato di zinco* in soluzione e inzuppandone la segatura di legno, per disinfettare i corpi solidi.

La *temperatura di* 100° C. per purificare e disinfettare i vestimenti.

Ricordiamo del pari come, sia in queste sperienze, sia in quelle di Fasoli, il *solfato di ferro* si trovò pochissimo efficace disinfettante, e come siasi pure constatata la polvere di carbone, checchè ne sia della generale opinione contraria.

Il R.

Manuale di fisiologia; *del cav. prof.* **EUSEBIO OEHL.** *Milano*, 1867. (*In corso di pubblicazione*). — *Cenno bibliografico.*

I progressi fatti in questi ultimi tempi dalla fisiologia, specialmente in Germania, ed i lumi che dessa offre al moderno indirizzo della medicina pratica, la resero maggiormente splendida e sommamente importante.

Essa oggi traendo vitale nutrimento dalle scienze naturali, e dalle vive sezioni degli animali, e profondamente occupandosi delle leggi e dei mutamenti della composizione organica, pervenne già a stabilire il posto che occupa l' uomo nell'universo vivente e a conoscere i rapporti che tra il medesimo e l'universo stesso intercedono.

E non solo in Germania esimii cultori di questa disciplina adoperano incessantemente al di lei progresso, ma pure sotto il bel cielo di questa terra si cerca a tutta possa di estenderla, illustrarla e condurla al punto suo più culminante.

E già valentissimi uomini italiani e stranieri furono chiamati ad insegnarla, e questi, giovati da novelli gabinetti e da distintissimi allievi ed assistenti, soddisfano pienamente all'arduo cómpito. Che se sgraziatamente quasi non mancassero all'Italia trattati di fisiologia portati all'altezza della scienza, e la scienza fosse più vigorosamente sostenuta dal governo, anche più agevolmente ed estesamente feconderebbero negli alunni tale nobilissima istruzione. E dissi quasi mancano all'Italia trattati di fisiologia già fondati sui recenti progressi dell' esperienza, poichè nulla invero possediamo, se si eccettui il Trattato pubblicato dal Tommasi e la Guida allo studio della fisiologia dell'Albini, di cui fu interrotta la pubblicazione.

A riempiere questa manifesta lacuna si accinse con vivo proposito l' infaticabile professore cav. Eusebio Oehl. Questo chiaro ed erudito maestro, lodato in Italia e fuori per distinti lavori scientifici, ora pubblica in Milano coi tipi del tipografo signor Francesco Zannetti (Via del Senato, N. 26) il libro mancante, e per modestia lo intitola « Manuale di Fisiologia ». Di esso furono già date in luce varie dispense.

Pel solo motivo di favorire gli alunni della sua numerosa scuola, fece precedere la pubblicazione della seconda parte dell' opera a quella della prima. Queste due parti formeranno un volume a sè di fisiologia generale e di fisiologia sperimentale delle azioni vegetative. In appresso pubblicherà la fisiologia speciale delle azioni animali.

La seconda parte, la quale presto verrà per intero pubblicata, comprende i trattati del sangue, della circolazione, della respirazione e ossidazione, delle secrezioni e della termogenesi. A questa terrà dietro la prima parte, la quale comprenderà la generalità della fisiologia e i trattati degli alimenti, della digestione e dell'assorbimento.

Il nostro Autore coi trattati del sangue, della circolazione e della respirazione esposti nelle prime quattro dispense, presenta con ordine, chiarezza e somma erudizione le quistioni principali e proprie di quelli argomenti; combatte magistralmente alcuni errori, disvela importanti verità, e al lume della chimica, della fisica e dei progressi più splendidi della moderna fisiologia, eleva quelle dottrine a somma luce.

L' opera viene corredata di buone tavole sparse opportunamente qua e là nel testo; sono disegni istologici, disegni schematici, i quali aiutano a comprendere taluni atti fisiologici, oppure ritraggono alcuni stromenti, che si debbono ben conoscere, essendochè produssero molti progressi della moderna fisiologia, e chiarirono l'importanza della loro applicazione alla medicina pratica. Tali sono il kimographion, l' emadrometro di Valkmann, il pneumatometro, lo spirometro, ecc., ecc.

Onninamente superfluo sarebbe il raccomandare al pubblico quest'opera, poichè lo splendido insegnamento dell'Autore, la sua operosità e la fama di cui gode ne assicurano il felice successo. E noi crediamo per tutto ciò, che dessa segnerà un novello progresso nella scienza e apporterà nuova gloria al nostro paese, già ricco di scoperte e di potenti ingegni.

G. G.

CRONACA

La epidemia cholerica del 1867 in Italia. — Errori e pregiudizii popolari. — Misure preventive prescritte dal Governo, applicate dalla R. Prefettura di Milano. — Intervento del Clero e della pubblica beneficenza. — Concorso del Parlamento con mezzi economici e morali. - Progetto di legge per le pensioni da accordarsi alle vedove ed ai figli dei medici e chirurghi morti in servizio dello Stato per l'assistenza ai cholerosi. — Onorificenza speciale.

Il cholera, dopo avere indugiato qualche tempo alle nostre porte, è proprio entrato in città. Il primo caso si è avverato il 14 giugno, e all'ora in cui scriviamo (9 agosto) la nostra statistica ci presenta casi 148, guariti 17, morti 108, in cura 23. Come si vede da queste cifre, si è avanzato pian piano, con molta circospezione, e fu sempre tenuto in rispetto, e quasi a dire, in soggezione, da coloro che presiedono alla tutela della pubblica salute, e si mostrano così degni del grave ufficio che tengono (1). A Milano, come è noto ai nostri lettori, prevale la opinione dei contagionisti, e su questa opinione, corraggiosamente propugnata dalla classe medica, s'informano le misure tutte sanitarie e preventive contro il temuto flagello. La popolazione le asseconda con bastante fiducia e docilità, ancor che non manchino fra noi di quando in quando certe mostre d'ignoranza, certi tratti incivili, certe stolide offese verso i medici, le quali

(1) La Commissione straordinaria di sanità, presieduta dal Sindaco, si compone, in Milano, dei signori dottori: Angelo Tizzoni, presidente delegato; Cesare Todeschini, Antonio Tarchini Bonfanti, Pietro Chiapponi, Giacomo Ambrosoli e Luigi Bono.

ci provano come siavi ancor molto da fare in materia di istruzione, e come certi pregiudizii ed errori che parevano d'altri tempi, abbiano tuttora profonde radici. Che se appena varchiamo i confini della città, se ci avanziamo non molto lungi nel nostro territorio, senza spingerci sino alla lontana Sicilia, troviamo con profondo rammarico, che l'ignoranza e il pregiudizio trasmodano in esplosioni brutali e feroci, delle quali poco mancò non fosse per rimaner vittima qualche egregio collega. Comunque sia, il corpo sanitario sta saldo, qui come altrove, e tien fermo al suo posto, al suo dovere; parato non solo ai pericoli del morbo, ma alle amarezze che provengono dalle altrui improntitudini. Contumacie, isolamenti, sequestri, espurghi su larga scala, sono fra noi all'ordine del giorno. Il trasporto degli infermi agli ospedali soccorsuali dei cholerosi incontra per avventura minori difficoltà fra le mura del capoluogo che nella campagna, ove la popolazione ha maggiore avversione per gli ospedali in sè stessi, ove sono più tenaci i vincoli famigliari, maggiori le diffidenze e i sospetti verso le classi superiori, e il timore del contagio ad arte generato, del propinato veleno e delle insidie mortali più tenacemente radicato (1).

Come superare queste difficoltà? Come rischiarare le menti ottenebrate? Prevenendo il male, educando le moltitudini, persuadendole coll'esempio efficace, colla abnegazione, col sagrificio di sè medesimi. Quest'ultimo è il còmpito speciale di noi medici, e non vi manchiamo.

Il Governo, che nella passata epidemia stette spettatore poco operoso della sua importazione, della sua rapida e quasi fulminea diffusione, si è ora scosso dalla passata letargia, e sente un pò più la propria responsabilità, i propri doveri.

Le quarantene per le provenienze marittime vennero sollecitamente ordinate mano mano lo richiedeva il bisogno, e non si trascurarono affatto le vie di terra, per le quali il morbo

---

(1) La Casa soccorsuale a S. Michele ai Nuovi Sepolcri è affidata ai signori dottori Giorgio Rotondi, qual medico primario, e Giuseppe Restellini, qual medico-chirurgo assistente. — L'Ispettorato speciale pel cholera presso l'Ospedale Maggiore, ai signori dottori Antonio Pedretti e Antonio Rezzonico.

può ora propagarsi quasi con altrettanta prestezza, attesi i rapidi mezzi di comunicazione, di cui ci ha dotati la presente civiltà. Due grandi centri di attrazione erano aperti quest'anno al concorso dei popoli: Parigi e Roma. Da una parte la scienza e l'industria, i miracoli del lavoro e della operosità umana. Dall'altra la fede, la tradizione, la seduzione della idea religiosa, delle pompe ecclesiastiche, la città eterna che il mondo cattolico vuol contrastare alla nazione, per farne centro di reazione e di opposizione al progresso, alla indipendenza, alla libertà. Siccome i germi del cholera rimasti latenti e indistrutti in Italia ed in Francia, quà e là miravano a ripullulare, era ben naturale che oltre agli inconvenienti soliti a seguire alle grandi agglomerazioni d'uomini, si avesse a temere lo scoppio disastroso d'una epidemia cholerica.

È di Roma che il Governo mostrò di temere maggiormente — almeno in linea sanitaria. Lo scontrarsi dei centomila pellegrini venuti da ogni banda alle feste pel Centenario di S. Pietro, e il loro disperdersi dappoi attraverso il nostro paese, erano tali circostanze da metterci in pensiero, sotto l'aspetto della salute pubblica. — « Il Governo del Re (così la circolare 1.° luglio del Ministero dell'Interno alle Prefetture del Regno) ha assunte le più accurate notizie per accertarsi se il cholera serpeggi e si sviluppi in Roma, e avutane la certezza, ha creduto suo preciso dovere di adottare per quel fatto straordinario e contro quel pericolo straordinarii provvedimenti. Sottoporre a contumacia in Lazzaretti improvvisati migliaja e migliaja di persone per una o più settimane sarebbe stato impossibile, e quindi si pensò come potere con accurate ispezioni mediche e disinfezioni, e coll'immediato isolamento e sequestro dei sospetti o malati di cholera raggiungere lo scopo di impedire che persone infette potessero circolare nel Regno e diffondervi la malattia. Il Consiglio Superiore di Sanità, richiesto del suo parere, suggeriva i seguenti provvedimenti, che il Ministero affrettavasi ad adottare, dandone immediato avviso alle tre Prefetture nella cui giurisdizione stanno le frontiere del Regno in comunicazione collo Stato Romano:

« 1.° Sottoporre ai confini tutti i provenienti da quello Stato, a rigorosa visita medica, e ritirare in appositi locali

d' osservazione e di cura i sospetti o riconosciuti malati di cholera.

« 2.° Sottoporre alle stesse visite e ad una accurata disinfezione uomini e bagagli in ciascuna stazione del Regno, ove avessero ad interrompere il loro viaggio e fermarvisi.

L'effettuazione di questo secondo provvedimento fu raccomandata a tutti i Prefetti, perchè lo facessero eseguire dalle singole stazioni della loro giurisdizione, dandone l'incarico e la responsabilità ai Municipii rispettivi. E però in ciascuna di queste Stazioni si tenne pronto ad ogni arrivo di convoglio proveniente dallo Stato romano un medico visitatore, e un locale di ricovero o lazzaretto provvisorio per ritirarvi i sospetti o malati di cholera. Devesi in parte a tali disposizioni, applicate dai Municipii di Milano e dei Corpi Santi colla usata fermezza, se la città e il vasto comune che la circonda, si premunirono contro la diffusione del cholera, principalmente per opera di più centinaja di braccianti dell'alto milanese, reduci a frotte dalla linea in costruzione Foggia-Benevento, devastata dal contagio. Certamente in ciò fare s'incontrarono delle difficoltà ed anche delle resistenze, in ispecie per la disuguaglianza di trattamento, e per la irregolarità della applicazione a fronte delle provenienze diverse. Ma è incontestabile che un nuovo ostacolo venne frapposto alla diffusione del morbo.

Nella sua campagna anti-cholerica il Governo avrebbe voluto far la guerra ai pregiudizii ed alla barbarie che questo fatal morbo ha il privilegio di sommuovere e di portare a galla, scuotendo le immaginazioni ed empiendo le menti del volgo di paure e di diffidenze. Epperciò diede incarico alle Prefetture d' intervenire autorevolmente col consiglio e coll'opera presso le popolazioni più ricalcitranti alle misure sanitarie, e più inferocite contro medici e farmacisti, allo scopo di ammansarle e di far loro intender ragione. Nè limitandosi ai gradi inferiori della scala sociale, portò i suoi colpi un pò più in alto, destituendo con efficacissimo esempio, e rimovendo dai loro scanni quei magistrati, sindaci, notaj e pubblici ufficiali, indegni della loro posizione, disertori e fuggiaschi in faccia al pericolo.

La Prefettura di Milano, interpretando a dovere le istru-

zioni ministeriali, ha spedito una Circolare ai Sindaci della Provincia, affinchè attivino la più attenta sorveglianza su coloro che hanno il mal vezzo di diffondere voci allarmanti riguardo al cholera e dispongano perchè si proceda contro i medesimi. E aggiungendo il fatto alle parole, non lasciò mai difettare il concorso della forza pubblica, ovunque ne fu sentito il bisogno, onde prestar mano efficace alla applicazione delle misure sanitarie. Molti, arrestati alle porte stesse della città, stanno già meditando al sicuro sopra gli effetti del veleno cholerico e delle busse date o minacciate agli agenti della sanità, e come il pescare nel torbido non sia sempre il miglior modo di accattare fortuna e impunità. — Anche il commercio degli stracci, uno dei più infesti in tempo di cholera, chiamò l'attenzione della R. Prefettura, la quale ritornò in vigore le misure ristrettive così bene consigliate nelle epidemie degli anni scorsi.

Alle accennate disposizioni, la Prefettura di Milano altre ne aggiunse allo scopo di impedire l'importazione del cholera, e la sua maggiore diffusione nei paesi infetti. Prescrisse col Decreto 14 luglio che agli operai addetti alle filande ed opifici, fino a che perdurano le presenti condizioni sanitarie, non possa essere prolungato il giornaliero lavoro oltre le ore 12, e sia concesso un riposo a metà giornata non minore di ore due; — che i proprietarj e conduttori di detti stabilimenti si assicurino che gli operaj si nutrano di cibi salubri e in sufficiente quantità, e provveggano a che venga loro somministrata una minestra calda; — che sia esercitata la necessaria sorveglianza perchè vengano trasportate ogni giorno ed al più presto dalle filande le acque putride, le crisalidi e le struse o cascami, e in genere le materie putride, che dovranno essere riposte in luoghi aereati e lontani dagli abitati e dagli opifici. Finalmente tornò a raccomandare le più ampie disinfezioni ai locali, alle latrine, alle persone, inculcando ripetutamente il seguente articolo:

« Quando il cholera si avvicinasse, e crescessero per conseguenza i pericoli dell'invasione, si dovranno sopprimere le fiere ed i mercati, chiudere le scuole, impedire le solennità o sagre festive, minorare possibilmente la soverchia affluenza della popolazione alle chiese, mediante opportuno riparto delle funzioni

religiose, e in generale togliere di mezzo ogni causa che produce concorso od affollamento di persone ».

Ma non è solo col rigore e colla limitazione delle libertà pubbliche e private, che si rattiene la diffusione del morbo e si risana il paese. Questi mezzi sono insufficienti senza il concorso della carità e della influenza educativa ch' essa esercita sulle masse. Alle Circolari della Prefettura, fa riscontro una Pastorale di Monsignore di Calabiana, Arcivescovo di Milano, Senatore del Regno, il quale incita il Clero ad unire la sua voce a quella delle Autorità civili, onde diradare le tenebre che offuscano la intelligenza del popolo e spazzarne gli errori. Era tempo che dal pergamo scendesse una parola di conforto e di ajuto; che la religione servisse alla sua missione civilizzatrice. In generale, nelle presenti circostanze, il concorso dei Ministri dell'altare, facevasi piuttosto desiderare. Non vogliamo supporre che lo spirito di parte, che una tendenza alla reazione verso gli ordini attuali, accecasse al punto il nostro Clero, da renderlo subillatore e provocatore di eccessi funesti. Confidiamo che le raccomandazioni dell' illustre suo Capo, lo trarranno dalle oblique vie della inerzia e della resistenza ad appoggiare l'operosità del Corpo sanitario.

La Congregazione di Carità di Milano, allo scopo di venire colla necessaria sollecitudine in soccorso alle famiglie colpite dal cholera ed agli orfani e derelitti, ha istituito un' apposita Commissione fra i proprj Delegati di beneficenza. A Firenze si è pure costituito un Comitato di soccorso in prò dei cholerosi. Il suo programma, imitato dappoi in una Circolare del Ministero dell' interno, è di prestarsi in ajuto delle classi diseredate dalla fortuna, le quali soggiacciono ai colpi più violenti del morbo; di apprestare tutti i mezzi che valgano a lenire le angoscie dell' agonia ai morenti, ed a strappare le vedove e gli orfani infelici agli strazj della miseria. — Il Comitato, in un suo manifesto pubblicato nella Riforma, ha fatto appello alla carità degli Italiani, la quale non mancò mai, quando fu debitamente invocata a sollievo di pubbliche e private sventure. — Esso è costituito dai signori: Vincenzo Sylos Labini, Senatore del Regno; Mauro Macchi, Oreste Regnoli,

Agostino Bertani, Giacomo Giuseppe Alvisi, Francesco Salaris, commendatore Giacomo Rattazzi, Deputati al Parlamento.

E il Parlamento, per quanto assorto nelle gravi questioni di Stato e di Finanze, smessa ogni grettezza ed ogni malinteso spirito di economia, si è lasciato scuotere dalla imperante crisi cholerica, e con una serie di voti e di provvidenze, ha mostrato di prendersi a cuore la tutela delle vite e degli interessi dei cittadini. L'ammirabile contegno dell'esercito, nelle plaghe d'Italia più travagliate dal morbo, ha destato dovunque la riconoscenza della Nazione. È noto che in Sicilia specialmente, in mezzo alla dissoluzione d'ogni ordine e d'ogni vincolo sociale, i bravi nostri ufficiali e soldati, sono intervenuti, come una vera provvidenza, ad assistere gli infermi, a seppellire i morti, a distribuire i viveri, a preparare persino il pane pei cittadini, a reggere e a disimpegnare gli ufficii tutti, deserti o privi di funzionarii per l'imperversare dell'asiatico flagello. Il Ministro della Guerra, generale di Revel, encomiò meritamente l'esercito in un ordine del giorno, per la generosa condotta per ogni dove serbata in occasione del cholera. — « È noto al Governo, disse il generale di Revel, che specialmente nei Comuni di Sicilia, ove il morbo si manifestava con maggiore fierezza, e dove più scarsi erano i mezzi di ajuto, non vi è sagrificio, abnegazione e carità, che non abbiano posto in opera i distaccamenti di truppa, a cominciare dagli ufficiali accorsi in presidio della Autorità Municipale, e venendo ai soldati sobbarcantisi al pietoso ufficio di trasportare i malati e dar sepoltura ai morti ». — Nella seduta del 29 luglio la Camera dei Deputati si associava agli encomii del Ministro, e votava un ordine del giorno in onore dell'esercito per la sua abnegazione durante la invasione del cholera in Sicilia. Oltre a ciò furono messe a disposizione del Ministro dell'interno lire centomila, portate in appresso a maggior somma, per concorrere alle spese richieste dalla epidemia nei Comuni più poveri del Regno. Finalmente si diede soddisfazione ad una antica aspirazione della Associazione Medica Italiana: si presentò, si studiò, si discusse un progetto di Legge per concedere pensioni alle vedove ed ai figli dei medici che perdono la vita nella cura degli ammalati nei casi di epidemia. Fu un nostro concittadino, l'egregio De-

putato Curti, appoggiato da un altro non meno benemerito Deputato Lombardo, il sig. Mauro Macchi, che interpellò l'onorevole Presidente del Consiglio dei Ministri in pieno Parlamento, sulle provvidenze da prendersi contro il contagio; sulle repressioni e sulle distinzioni da pronunciarsi ad aggravio od a premio degli immeritevoli o di coloro che meglio si distinguono nella assistenza ai cholerosi ed alla cosa pubblica, laddove maggiormente il morbo infierisce; sulla convenienza di estendere ai medici, i quali sarebbero vittime del morbo che combattono ed alle loro famiglie, le disposizioni portate dagli articoli 2 e 24 della Legge 14 aprile 1864, le quali riguardano le pensioni da accordarsi alle famiglie degli impiegati morti nell' esercizio delle loro funzioni.

Già fin dal 23 gennajo di quest'anno, la Camera aveva favorevolmente accolto un sifatto pensiero, e l'ex-ministro Ricasoli aveva preso l' impegno di presentare in proposito una legge, ch' egli intendeva di subordinare al voto della Commissione incaricata del Codice sanitario. Alla animata eloquenza del deputato Curti non riescì disagevole il dimostrare come alle attuali circostanze si richieggano provvidenze immediate, ad incoraggiare singolarmente i medici che sono disposti a morire sulla breccia nella cura dei cholerosi. Il Presidente del Consiglio prese nella giusta considerazione tutti i punti svolti dall'onorevole Curti. Mostrò di saper castigare i colpevoli e di volere degnamente rimeritare i benemeriti. Promise di presentare indipendentemente del progetto del Codice sanitario, uno schema di legge per la concessione di una pensione a favore di quei medici che avessero perduta la vita per causa della assistenza prestata ai cholerosi.

Mentre il Presidente del Consiglio dei ministri stava elaborando lo schema in discorso, i signori deputati Macchi, Palasciano, Salvagnoli, Prus, Morelli Carlo, Greco Antonio e Curti, presentavano dal canto loro il seguente progetto di legge:

« Art. 1 Le vedove e i figli dei medici e chirurghi morti di cholera in servizio dello Stato, sì fisso che temporaneo, avranno diritto ad una pensione annua.

« Art. 2. Se la vedova non ha figli, la pensione vitalizia sarà di lire 400, e cesserà quando passi a seconde nozze.

« Art. 3. Se la vedova ha figli propri o lasciati dal marito di moglie precedente, la pensione sarà di lire 1000, che s'intende debba dividersi fra la vedova e tutti gli orfani.

« La pensione si devolverà ai soli figli sia del primo che del secondo letto, quando la vedova passi a seconde nozze.

« La pensione sarà ridotta per la vedova a lire 400 quando i figli avranno raggiunta l'età maggiore.

« Art. 4. Nel caso che i figli restassero orfani anco di madre avranno diritto alla pensione di lire 1000, divisibile fra loro.

« La pensione cesserà quando raggiungano l'età maggiore.

« Art. 5. I comuni e provincie avranno facoltà di seguire queste norme a favore delle famiglie dei medici e chirurghi morti di cholera in loro servizio ».

Questo progetto, d'iniziativa parlamentare, ma consentito dal Ministero e dalle varie parti della Camera, venne in qualche modo rimaneggiato dalla Commissione, composta dai Deputati Righi, Macchi, Morpurgo, Bruno, Zanini, Ruggiero, Bertani, Paini, Polti. — « La Nazione, disse il relatore Mauro Macchi, sente il bisogno e il dovere di manifestare la propria riconoscenza a quei generosi cultori dell'arte salutare, che, all'infuriare del morbo, messa in non cale ogni domestica cura, e postergando perfino ogni più soave affetto di famiglia, accorrono a sollievo dell'umanità ove più ferve il pericolo e perdono la vita nel magnanimo esercizio dello scientifico ed umanitario loro apostolato. A compiere questo dovere che ha la Nazione verso le vedove e gli orfani di cotesti generosi, mira il progetto di Legge formulato da alcuni nostri colleghi. La Commissione l'approvò con cordiale ed unanime consenso. Parecchi Commissarj avrebbero anzi voluto renderne un pò meno esigui i beneficii, e soprattutto farne più estesa l'applicazione . . . . Introdotta qualche modificazione piuttosto nella forma che nella sostanza di alcuni articoli, la Commissione vi esorta ad approvare col vostro suffragio una legge che tende a togliere la cura più aspra dall'animo di quei medici, i quali cadono in una grande battaglia, cui essi si cimentano a vantaggio dell'umanità. A questa battaglia, bisogna dirlo ad onor loro, già accorrono con mirabile zelo i nostri medici. Ma è troppo giusto il dare loro l'affidamento, che se, per disavven-

tura, avessero a soccombere, le loro vedove e gli orfani non languirebbero nella miseria. È troppo giusto che, se la legge accorda una pensione alle famiglie degli ufficiali che cadono sul campo di battaglia, non la neghi ai superstiti di coloro che, martiri del proprio ufficio, sacrificano la vita propria, non per togliere ma per salvare l'altrui. Per il che l'approvazione di questa legge ci sembra, o Signori, il compimento di un grande dovere sociale ».

Nella seduta del 31 luglio questo Progetto era approvato dalla Camera con alcuni miglioramenti, concordati dalla Commissione ed accettati dal Ministero. Se non che, per disavventura, scioltosi il Parlamento, veniva a mancare la definitiva sanzione al complesso della legge. È forza perciò subire una dilazione, la quale non potrà in ogni caso essere a detrimento di coloro che militano nella presente campagna cholerica. È dichiarato nella Legge ch'essa avrà effetto a contare dal 1.° gennajo 1867. — Coraggio adunque, ottimi colleghi, degni sacerdoti d'Igea. Nell'affrontare i pericoli d'ogni sorta che vi circondano, nell'esporvi eroicamente alle offese e alla morte, vi conforti il pensiero, non solo di adempiere al sacro dovere di cittadino, ma ancor quello di non abbandonare nella miseria la moglie e i figli vostri!

Più fortunati i superstiti, oltre alla pubblica stima ed alla gratitudine di coloro cui avranno salva la vita, potranno aspirare ad uno speciale segno di onore, alla così detta medaglia delle epidemie. Noi non sappiamo davvero comprendere la necessità di un nuovo distintivo onorifico, in un paese che possiede fra tanti ordini cavallereschi, il Real Ordine Civile di Savoja, la Medaglia al merito civile. Si è detto che i vigenti Statuti non permettono di conferire la medaglia al merito civile a coloro che si acquistano una speciale benemerenza per servigi prestati in occasione di epidemie. In questa lacuna, veramente singolare, avremmo trovato piuttosto la ragione di riformare e completare tali Statuti, che non il bisogno di creare una medaglia, alla quale aggiungerà poco pregio l'essere, o meno, portatile. Specializzando di troppo le ricompense accordate alle varie maniere di prestazioni, si viene, a nostro avviso, quasi a favorire la divisione fra i varii ordini di cittadini, i

quali tutti dovrebbero confondersi nell'amore al paese, e nella generosa emulazione di servirlo in tutti i modi. La classe medica, per avventura, non abbisogna di stimoli per fare il dover suo. Essa accetterà nondimeno con riconoscenza quanto sarà fatto a suo favore, senza falsa modestia o malinteso orgoglio.

Non chiuderemo questa Cronaca senza una parola di ringraziamento a coloro che hanno così bene propugnata la nostra causa in Parlamento; al Presidente del Consiglio dei ministri, agli onorevoli nostri concittadini, Deputati Curti e Macchi, e a quegli illustri colleghi Bruno, Zanini, Palasciano, Salvagnoli, Bertani, Morelli, i quali nel rappresentare la Nazione non si sono dimenticati di essere rappresentanti eziandio della scienza e dell'arte medica.

Volume 200.

				ERRATA	CORRIGE
Pag.	282,	lin.	19	— sabacee	sebacee
»	284	»	17	— vaginale	vescicale
»	298	»	30	— pieghe	piaghe
»	390	»	22	— conformità	uniformità
»	403	»	3	— Dufaw	Dufour
»	422	»	13	— esterna	estrema
»	426	»	4	— gravi	grandi
»	435	»	25	— 806	306
»	493	»	17	— intraperiodici	sottoperiostei
»	494	»	11	— ostematoma	otematoma

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. ROMOLO GRIFFINI.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CCI. — Fasc. 602. — Agosto 1867.

Sul forcipe asimmetrico o retro-forcipe, di *Hamon*; *Relazione del dott.* **Antonio Teoldi** *al Comitato medico di Casalmaggiore.*

Onorevoli colleghi. — Nella tornata del 23 marzo p. p. il nostro egregio Presidente mi onorava dell' incarico di esprimere un giudizio sopra un nuovo strumento da qualche anno adoperato da alcuni ostetrici francesi in sostituzione al forcipe comune, che dal suo autore dott. Hamon venne chiamato forcipe asimmetrico o retro-forcipe.

Il còmpito che mi è stato affidato è per me dei più gravi, ed io che so quid valeant humeri, quid ferre recusint, avrei volentieri declinato lo spinoso mandato, se il nostro onorevole Presidente, di cui tutti dobbiamo lodare l' alacrità e la solerzia, compreso dalla nobile e sapiente ambizione di rendere utili i nostri convegni, non avesse frattanto rivolta la sua attenzione ad occuparci d' argomenti scientifici. E n'era ben d' onde. Poichè se è vero che la medica nostra Associazione dall' epoca della sua instituzione sino al presente, ha fatto notevoli passi ne' suoi morali e materiali interessi, è altrettanto vero che molti dei medici Comitati, e non ultimo il nostro, traggono una vita fiacca, inerte, indifferente. E questo per certo non è il miglior modo di interessare

favorevolmente la società verso di noi; la quale se pure deve prendere in giusta considerazione la nostra Associazione, fa d'uopo vi sia spinta non solo dalla incontestata sua propria utilità, ma ben anco dalla conveniente leggittima estimazione che noi avremo saputo meritarci, e dalla profonda convinzione che nel porre al loro vero livello le mediche instituzioni ed i loro membri, essa è per compire un atto doveroso, indeclinabile, che la civiltà non deve mai obbliare a danno di coloro che con tutte le proprie forze si resero verso di essa benemerenti.

Ecco il perchè io, sebbene non troppo adatto, ho assunto volontieri di adempire all' incarico ricevuto. Preoccuparci dei nostri interessi è cosa ragionevole e legittima, ma non dobbiamo posporre l' arte e la scienza, le quali alla fine de' conti costituiscono la più valida, la più potente tutela di quelli.

Ecco il perchè inchinevole e fidente mi sono sobbarcato a trattare un argomento alquanto per me arduo e difficile; nè l' ho fatto certo per bramosia di lodi; chè questo limite so già di non lo potere raggiunger mai: solo è mio desiderio che accettata da me la prova ed iniziato l'esempio, voi colleghi volonterosi, saggi e capaci, vogliate seguire la via che l' onorevole Presidenza intende prefiggersi onde illustrare ed avvantaggiare nell' opinion pubblica il Comizio. Quando voi abbiate fatto astrazione di questo per me impellente motivo, non mi resta che invocare la vostra temperanza e mitezza.

In una seduta dell'Accademia medica di Parigi dell' agosto 1864, il dott. Hamon, di Fresnay sur Sarthe, comunicava una nota nella quale col proposito di convertire il forcipe comune in una leva di terzo genere, e di prevenire gli inconvenienti che sono inevitabili coll' incrocicchiamento delle branche del forcipe comune, delineava uno strumento che non è che una semplice modificazione del forcipe di Coutouly, di Thenance e del Mat-

tei, a branche paralelle articolate su di un manico orizzontale alla loro estremità manuale. L'Autore confessa sino dalle prime che tale idea non è del tutto nuova, e che ben lontano dal rivendicare una scoperta ad altri dovuta, si limita ad aggiudicarsi il merito di aver saputo toccare nel suo strumento il supremo grado di semplicità, e di aver contribuito alla conoscenza e diffusione di uno strumento che deve avere indubbiamente in non lontana epoca uno fra i primi posti negli armamentarj ostetrici.

La descrizione che il dott. Hamon porge del suo nuovo strumento non è a mio dire fra le più precise: io però mi farò a riassumerla colla maggiore diligenza e brevità, onde possiate farvene il più chiaro e più possibilmente esatto concetto.

Esso consiste in due cucchiaj a finestra con curva alquanto marcata sulla loro parte piana della lunghezza di metri 0,16, terminati da un'asta retta, lunga metri 0,14: sull'estremità manuale dell'asta uno de' cucchiaj ha un unico foro, l'altro ne ha due paralelli, tutti perpendicolari all'asse delle branche, e sono destinati a dar passaggio ad una caviglia di ferro per assicurarle.

Le branche sono articolate sopra un manico metallico assai semplice, che consiste in una specie di placca di ferro lunga 0,12, larga 0,02 e dello spessore di 0,006. Essa è munita di sei aperture o fori, quattro a distanze paralelle perfettamente eguali con uno spazio intermedio di 0,085 nella parte mediana del manico, due delle quali corrispondenti alla branca destra sono circolari, e permettono all'asta che vi è unita di muoversi liberamente sul suo asse, due sono riferibili alla branca sinistra, sono di forma quadrata e danno passaggio all'asta che vi corrisponde, tenuta quivi al sicuro da una bietta o copiglia di ferro. Per impedire ogni scostamento della branca destra, basta passare una seconda bietta di ferro nell'asta

paralellamente alla bietta inferiore e al disopra del manico. Le due altre aperture molto più piccole sono situate all' estremità del manico, ed hanno per unico scopo di fornire un punto d' attacco ad un cordoncino cui sono assicurate le due biette o copiglie. Queste poi non sono che due pezzi di ferro cilindrico che servono a fissare al di sopra del manico le branche dell' istromento una volta introdotto traverso le aperture sopra menzionate.

In seguito ad ulteriore pratica ostetrica il sig. Hamon apportava al suo strumento alcune modificazioni, la più importante delle quali, e che merita di essere accennata, è quella di permettere un più libero movimento alle branche.

La branca destra per mezzo di una rotella a quattro fori che servono ad articolarla per mezzo di una piccola leva al disotto del manico, avrebbe un più sensibile movimento intorno al proprio asse, e perciò l' ostetrico francese la chiama *pivotante*: la sinistra oltre a questo movimento ne avrebbe un altro quasi ondulatorio da destra a sinistra, dall' indietro all' avanti e viceversa, e la denominò perciò branca *basculante*. Tale movimento è dovuto ad un bottone a bajonetta che la articola sopra il manico, e ad una vite che limitando a volontà dell' operatore il moto della branca, la assicurerebbe, e la renderebbe nello stesso tempo solidissima.

La descrizione che offre il dott. Hamon del suo forcipe, e che credo avere fedelmente riassunto, non lascia nella mente dell' ostetrico una abbastanza esatta nozione, e di ciò probabilmente accortosi l'Autore, ha tentato nelle successive sue pubblicazioni di porgere più soddisfacenti dettagli e spiegazioni, mediante confronto d' analogia sulla sua azione meccanica.

Per fare uno stromento, egli dice, concepito razionalmente, bisogna imitare la natura, che, come organo di presa, ci fornì delle mani; le quali mobili ed artico-

late come sono, potrebbero rendere inutili il forcipe, se non vi si opponesse una duplice condizione, vale a dire, il loro eccessivo volume, e la deficienza di forze necessarie all' estrazione del feto. A questi due difetti delle mani l'Autore crede di avere ovviato col suo forcipe a branche paralelle, mobili ed articolate.

Continuando in seguito il dott. Hamon in questo confronto delle mani col forcipe, svela le più importanti od attendibili qualità attribuite da lui al suo forcipe.

Col forcipe a branche paralelle, mobili ed articolate, ottiensi, a suo dire, il rilevante vantaggio di poterle applicare ciascuna sopra qualunque parte della testa del feto; e da ciò il nome di asimmetrico che dà al suo forcipe: questo aggiunto chiarisce il concetto ostetrico dell'Autore, che cioè non fa d' uopo che le branche del forcipe per estrarre la testa siano applicate come col forcipe comune alle parti della testa diametralmente opposte fra loro. Egli ne dà le ragioni appoggiandosi sempre sull' argomento di confronto colle mani, ed anzi a spiegare meglio il suo concetto si fa da sè stesso una domanda, che per altro chiama tosto, non solo oziosa, ma assurda.

Si crede forse di assoluta necessità, domanda l'Autore, per attrarre a sè un corpo sferoidale, di prenderlo colle mani ai due lati simmetrici opposti? Se si trae a sè una palla supposta della grossezza di una testa di feto, la cosa è perfettamente possibile anche con una sola mano, ed in questo caso il corpo o la palla è presa evidentemente in maniera tutt' altro che simmetrica. Se invece di una mano si adoperassero entrambe tenendole anche vicine l'una all' altra, si arriverà allo stesso risultato, quand'anche si operasse, se lo si giudichi conveniente in causa d' una posizione sfavorevole della palla, in modo asimmetrico. Or bene, sèguita l' Autore, al contrario delle idee passate in giudicato attualmente in ostetricia, succede così

del forcipe e della testa, come delle mani e della palla. Non si possono poggiar simmetricamente i cucchiaj sopra la volta del cranio ? ? È circostanza sfavorevole, d' accordo ; ma diasi una posizione qualunque che assicuri ai cucchiaj una presa più o meno valida, l' istromento agirà con precisione forse meno matematica, ma per poco che sia convenientemente intesa la sua azione, si potrà contare sulla medesima se si avrà cura di regolarla con un pò di discernimento e di ben calcolato indirizzo.

Ecco a brevi tratti delineata con ogni possibile esattezza la teoria del forcipe del dott. Hamon, il quale, come si scorge, non è altro che una copia alquanto imperfetta dei nostri organi di presa.

Per avvalorare questa sua teoria il dott. Hamon chiama in sussidio l' atto pratico, ed ammette un esempio di présentazione del feto occipito-iliaca-sinistra-anteriore.

In questa posizione la branca sinistra, cioè la branca *basculante,* introdotta nelle parti muliebri, per necessità andrà a corrispondere alla regione temporale corrispondente del feto, mentre la destra, cioè la *pivotante*, lasciandola seguire la direzione verso cui tende, andrà alla parte posteriore laterale destra del bacino a poggiar sulla fronte del feto, limitandosi così i due cucchiaj ad una distanza fra loro di un quarto di cerchio.

Ora, dice il dott. Hamon, in questo caso sembrerebbe impossibile l' estrazione del feto, ma al contrario la dichiara effettuabilissima, ed afferma di aver in tal posizione compiuta felicemente l'operazione 19 volte su 20. È quindi vantaggiosissima la posizione asimmetrica, egli esclama, e tanto è ciò vero, che se si osserva la testa appena sortita, è di regola il constatare che uno de' cucchiaj, quello che avrà avuto la maggior parte nell' estrazione, ha fatto presa su di una delle regioni temporali, il secondo o sulla fronte, o sulla nuca, a seconda che la posizione sarà stata occipito-iliaca-sinistra o destra.

L'Autore chiedendo a sè stesso in che consistono i vantaggi della posizione asimmetrica de'cucchiaj, li dichiara issofatto immensi, e ciò al punto di vista della facilità delle manovre tanto per i vecchi quanto per i giovani operatori. Egli non esita ad assicurare che coll' applicazione del forcipe asimmetrico ha quasi sempre estratto il feto con facilità ed in qualunque posizione si trovasse; in ogni caso poi ha sempre evitato di dover ricorrere alla craniotomia, della quale operazione non rade volte si presenta la necessità nell' uso del forcipe comune. E qui ricalcando il suo argomento ripete che i cucchiaj del suo forcipe agiscono qualunque sia la loro posizione rispettiva, giacchè le due leve per mezzo della vite d' assicurazione che limita il movimento di rotazione sul suo asse della branca destra sono di una solidità perfetta in tutte le situazioni che possono essere loro assegnate dalla forza delle cose.

In altra delle sue pubblicazioni il sig. Hamon, volendo dare una idea più precisa del meccanismo del suo forcipe asimmetrico, svolge un altro argomento dedotto dalle pratiche risultanze, cioè che contrariamente a ciò che ha luogo per tutti gli altri forcipi, la sfera d' azione elettiva de' suoi due cucchiaj asimmetrici si esercita nella parte posteriore del bacino: da ciò anche il nome di retroforcipe che dà al suo strumento. Questa condizione, e l' Autore lo rimarca con insistenza, facilita singolarmente le manovre dell' istromento, poichè è verso appunto la regione posteriore che le branche del forcipe hanno tutta la tendenza naturale di collocarsi. A sostegno di ciò invoca la pratica eseguita sul modello ostetrico, colla quale tosto si convince, come poste le branche in queste posizioni posteriori, sia molto agevole lo imprimere alla testa del feto artificiale ogni genere di riduzione possibile, anche allorquando i cucchiaj fossero avvicinati in modo da quasi toccarsi.

Ma onde passare in completa rassegna tutte le argomentazioni colle quali l'Autore fiancheggia la preminenza del suo forcipe, non ommetterò quelle che egli fa risultare da un minuzioso confronto fra il nuovo ed il vecchio forcipe.

In primo luogo ammette come dato favorevole al suo forcipe il poter condurre nella gran parte de' casi il parto a termine senza ricorrere ad ajuto straniero, ad onta di difficili posizioni e di ostacoli gravi. E qui si fa a deplorare il bisogno di una grande forza di trazione che occorre nell'uso del forcipe simmetrico, pel quale, fatta la presa sulla testa, la quistione è precisamente e solamente di forza, vale a dire di uno o più assistenti robusti che soccorrano l'operatore nell'estrazione del feto. Epperò chiama spregevoli e degne di una arte meccanica volgare le esperienze di Putégnat e di Delore, i quali asseriscono aver avuto talfiata ricorso alla forza di 210 chilogrammi e tal'altra anche di 300, dopo avere premesso che la forza di un uomo senz'appoggio è di 40 chilogrammi e di 80 quella con appoggio.

Col forcipe asimmetrico al contrario si opera con o senz'appoggio, ma sempre soli; talvolta basta un solo braccio: del resto suggerisce di saper attendere, poichè la testa in causa della sensibile curva delle branche, avendo qualche libertà di moto, può prendere la sua posizione regolare.

Ferma in seguito l'Autore la propria attenzione sulle facili e deplorabili conseguenze del parto esaurito con tanto consumo di forze: fra le quali annovera la lacerazione del perineo, le metroperitoniti acute e fatali, gli ascessi iliaci, le flegmasie albedolenti, la frattura delle ossa del cranio del feto, e la morte frequentissima del medesimo, conseguenze che vengono quasi sempre evitate col forcipe asimmetrico.

Riassume quindi il dott. Hamon i difetti del forcipe

crociato, che egli chiama strumento brutale e detestabile, ed asserendo in primo luogo che ha le branche troppo vicine tra loro, per cui resta facilmente compressa e schiacciata la testa del feto, rileva pur anco che ha i cucchiaj troppo lunghi, facilmente flessibili, ed insufficientemente arcuati, per il che si adatta male alla testa del feto, la quale perchè è corpo sferoidale deve risentirne rilevantissimi danni.

Il forcipe a branche paralelle invece coi suoi cucchiaj molto arcuati si adatta meglio alla figura del capo, non lo comprime, ma lo attira spingendolo dall' indietro all' avanti e proteggendolo anche contro le parti dure del bacino, e siccome le posizioni dei due cucchiaj del forcipe è raramente simmetrica, se non quando la testa è discesa in piena escavazione, così ne risulta che la testa conservando fra i cucchiaj una certa libertà d' azione, può d' ordinario accomodar meglio i suoi diametri con quelli del bacino; ed è questa, assicura l' Autore, una condizione preziosa che non puó verificarsi a mezzo del forcipe crociato, il quale estrae brutalmente la testa nella stessa posizione che l' ha afferrata.

Fra gli argomenti di confronto addotti, non dubita l'Autore di ricorrere anche alla statistica, onde vie meglio comprovare la superiorità del forcipe asimmetrico. Fra le tante operazioni eseguite, e devono essere effettivamente molte, giacchè il dott. Hamon si dichiara partigiano della dottrina del parto per l'arte, un solo triste accidente ebbe a lamentare in quanto alla madre, e fu la rottura trasversale dell'uretra. Del resto non ebbe che qualche rottura del perineo, la quale poi si produce quasi sempre nei parti condotti a termini col forcipe crociato, e talvolta anche nei parti fisiologici. Queste rotture perineali non interessarono mai le fibre muscolari dello sfintere e guarirono assai presto. Da ciò l'opinione dell'Autore che il forcipe asimmetrico sia molto più atto a prevenirle

tanto col moderare gli sforzi espulsivi, che dirigendo convenientemente la testa nel momento che passa per la filiera della pelvi.

In quanto al feto, la statistica del dott. Hamon presenta pure attendibilissimi risultati. In molte applicazioni di forceps, di cui egli per altro non dà il numero, asserisce di non aver avuto a deplorare che due casi di morte. Il primo avvenutogli allorachè adoperava per le prime volte il suo forcipe, e perciò quando non ancora era ridotto alla sua perfezione attuale, per il che crede sinceramente che l'operazione avrebbe avuto esito migliore collo strumento più perfezionato. Il secondo nel quale il feto trovavasi allo stretto superiore; in questo caso egli non potè avere la spiegazione della inutilità delle più difficili manovre se non allora che la testa era scesa nell'escavazione. Conobbe solo in quel momento la presenza attorno al collo del cordone ombellicale che era cortissimo: il feto venne alla luce asfissiato e dopo 11 ore moriva, lasciando dubbio all'operatore se quella vita perduta doveva esser messa a conto del forcipe, oppure di qualche vizio interno di conformazione incompatibile colla vita.

L'Autore è persuaso che questa cifra di esiti infelici sarebbe stata molto superiore se avesse fatto uso del forcipe comune, poichè con questo strumento più frequente si incontra la necessità di ricorrere alla craniotomia, il che non gli avvenne mai col suo forcipe asimmetrico. Del resto nessun altro infortunio ebbe a deplorare il dott. Hamon, dopo che una pratica estesa gli suggerì di perfezionare lo strumento, ed egli si fece più destro nell'operare.

Dopo tutto questo, il nostro instancabile Autore, compreso da forte, invitto, quasi religioso convincimento, predica la crociata contro il forcipe classico, e vivamente raccomanda il suo per le ragioni già adotte, e perchè le qua-

lità di cui va fornito nessun altro strumento possiede; per le quali è reso di facilissima applicazione anche per le mani le meno esercitate. Esorta gli amici a farsi apostoli del progresso, e battere in breccia la vecchia e volgare pratica delle classiche tradizioni che riguardano il forcipe.

Sembrami, onorevoli Colleghi, aver esaurito tutto ciò che spetta a questo nuovo forcipe del dott. Hamon, così per quello che riguarda la descrizione ed il suo meccanismo, come per quello che si riferisce ai vantaggi che gli sono attribuiti dall'Autore. In ciò mi sono attenuto strettamente a quanto egli ha pubblicato nell'*Abeille*, essendomi affatto ignote le altre pubblicazioni che l'Autore affidava ad altri giornali medici francesi.

È quindi sulle nozioni che io ho potuto farmi per la lettura di quelle pubblicazioni, che io procurerò, per quanto il permettono le mie forze, di avanzare un'opinione sull'utilità o meno dello strumento e sulla sua preferibilità.

Ma prima di venire a ciò, fa d'uopo dirigersi alcune domande ed emettere alcune considerazioni, dalla soluzione ed apprezzamento delle quali può dipendere in gran parte il giudizio che sono in debito di formulare. E prima di tutto la descrizione che il dott. Hamon dà del suo strumento è dessa abbastanza chiara da potersene formare un preciso concetto? Il dott. Hamon ha svolto a sufficienza ne'suoi articoli il modo di azione di questo forcipe, ed ha solidamente concretato potersi col medesimo imprimere con facilità alla testa del feto i movimenti necessarj onde seguire le leggi del parto naturale che pur fa d'uopo imitare anche nei parti artificiali? In breve e con altre parole ha egli messo in chiara luce, che la sua pratica ha sempre avuto di guida i principj indiscutibili dell'arte?

Io non dubito rispondere negativamente tanto al primo che al secondo quesito.

La descrizione che il dott. Hamon porge del suo istromento è alquanto oscura, e se non ajutasse il confronto del forcipe coi nostri organi di presa, difficilmente ci potressimo capacitare dei congegni del suo strumento e del fine cui possono tendere. I nomi da lui dati alle due branche *pivotante* e *basculante* lasciano desiderare qualche cosa di più esatto e distinto. Forse egli avrà accennato meglio al moto diverso di cui van fornite le branche ed all'utilità di questo differente modo di muoversi in altri giornali; nell'*Abeille* si dura certamente fatica a comprenderlo. E di ciò ho fatto cenno, non per esagerata tendenza a minuziosi dettagli, ma perchè trattandosi di uno strumento nuovo e di un nuovo meccanismo, il quale anche a parere di molti medici francesi deve apportare delle utili modificazioni alla pratica ostetrica, stimo che una descrizione scrupolosa e facilmente intelligibile ne agevoli di molto la perfetta cognizione, il suo modo di azione e quindi la pronta propagazione. Ed io sono d'avviso che fra le cause che hanno ritardato in Francia la diffusione del forcipe asimmetrico, oltre quelle accennate dall'Autore, cioè la difficoltà che hanno tutti gli ostetrici provetti di emanciparsi dalla loro famigliare ed inveterata pratica, e la posizione modesta di medico condotto impotente a diffondere innovazioni anche utilissime a fronte di quella di un professore posto in ampio e conosciuto teatro scientifico, siavi senza dubbio quella dell'imperfetta maniera colla quale il dott. Hamon presentava ai proprii colleghi il suo forcipe asimmetrico.

Anche per ciò che concerne il secondo quesito siamo alquanto nell'oscuro. Le operazioni d'ostetricia noi sappiamo che fa d'uopo condurle quasi matematicamente. In fatti cos'è mai la ostetricia istromentale e quale scopo ha dessa? La natura ha dato due corpi, uno concavo, l'altro convesso, ha assegnato a ciascuno diametri di pressochè eguali misure, coincidentisi i minori coi mag-

giori mediante certe invariabili evoluzioni in modo da succeder il parto naturale; il parto istromentale deve seguire le leggi della natura, le quali non si possono dispregiare che sotto il rimorso di gravi sagrificii apportati o alla madre, od al feto, o ad entrambi. Ora esaminando gli articoli del dott. Hamon sono rimasto sorpreso di aver trovato quasi mai cenno del debito che ha un ostetrico operatore di seguire scrupolosamente le leggi dettate invariabilmente dalla natura. Applicate il mio forcipe, egli ripete, di spesso, applicatelo in tutte quelle circostanze in cui usereste del forcipe crociato, e prontamente, e vi convincerete della facilità d'applicazione nella maggior parte dei casi, della robustezza e validità della presa, della riduzione facilissima, e della brevissima durata dell'operazione!! Ma mi dà egli una chiara ed esatta descrizione dei movimenti che imprime alla testa del feto col suo strumento, delle manovre necessarie nelle singole operazioni? Mi assicura egli coll'uso del suo forcipe della indispensabile coincidenza dei diametri minori della testa coi maggiori della pelvi, osservata constantemente dalla natura ne' suoi parti? Mi parla egli con precisione in qual modo l'applicazione asimmetrica dei cucchiaj vale più della simmetrica del vecchio forcipe, del come egli riduce nelle posizioni cardinali naturali mediante i moti impressi alle branche le posizioni anormali del feto? Mi chiarisce egli in qual modo le sue branche poste quasi sempre posteriormente nella pelvi agiscono meglio che collocate lateralmente?

Su questi punti che pure meritano un' ampia dilucidazione, il dott. Hamon sorvola facilmente; talfiata dichiara che le classiche tradizioni sul forcipe comune fa d' uopo abbandonarle per accingersi all' uso del suo forcipe e convincersi dell' utilità della sua proposta; tal'altra assicura gratuitamente che il forcipe asimmetrico agirà forse con *minore precisione matematica*, ma che ciò non

ostante si ottiene con molta maggiore facilità la riduzione della testa e quindi la sua estrazione.

A fianco però di queste gravi lacune, che il dott. Hamon non ebbe cura di convenientemente appianare, si possono apporre delle pregevoli ed attendibilissime verità.

Il forcipe del nostro Autore, costituito come è, deve essere per certo di pronta e facile applicazione; la leggerezza, la piccola dimensione dello strumento, l'articolazione delle branche, la circostanza del collocamento asimmetrico di esse alla parte posteriore del bacino, e quindi la introduzione loro dove minori si presentano gli ostacoli, sono condizioni tali che l'ostetrico il più accalorato nell'antico forcipe, non può nè deve disconoscere, ma solo potrà rigettare quando una meno fortunata statistica potrà prevalervi contro.

Nè bisogna facilmente passare sopra alle profonde convinzioni del dott. Hamon che transpajono a chiare note da tutti i suoi scritti, da tutte le sue frasi, le quali non lasciano concepire il menomo dubbio sulla verità di quanto va esponendo, nè sulla rettitudine del suo carattere, che ovunque spira la più irrefragabile (inébranlable) delle persuasioni. Questi sono i lati più apprezzabili delle pubblicazioni sul forcipe asimmetrico del dott. Hamon, che affievoliscono certamente e perdonano alla deficienza di uno studio minuzioso profondo ma necessario di comparazione delle leggi naturali del parto colle indispensabili manovre che vi devono essere consentanee, acciò possano anche i giovani allievi convincersi vie maggiormente della preferibilità del suo forcipe.

Premesse queste considerazioni, che io ho creduto necessario accennare perchè possono essere di qualche guida ad un retto giudicare, verrò ora a toccare l'argomento nel suo lato più intimo, più per noi interessante, vale a dire nella sua parte pratica, mettendolo così a paralello

coi veri principii dell'arte. Volontieri a ciò io mi accingo, ma prima, onorevoli colleghi, domando a voi un non comune grado di benevolenza, poichè a quest'ora vi sarete già capacitati quanto gravi difficoltà mi siensi affacciate e mi abbiano reso difficile il cammino.

Prima di tutte, e divisa forse su molti di noi, si è la limitata pratica ostetrica: voi ben sapete a qual piccolo numero di casi essa si riduce in un circondario di condotta: una seconda e non del minore momento è l'aver avuto cognizione del forcipe asimmetrico solamente dagli scritti dell'Autore, senza averne mai avuto in possesso un esemplare, ed in ultimo e di necessaria conseguenza la deficienza assoluta di pratica col nuovo istromento. Ho fiducia che voi apprezzerete colla debita convenienza questi ostacoli, che a me sembrano di grave importanza, e che quindi sarete indulgenti sull' elaborato che vi presento, il quale per certo non potrà riescir che imperfetto e manchevole.

Rassicurato della vostra condiscendenza, trovo utile il richiamare che l'applicazione del forcipe asimmetrico, chiamato anche dall'Autore retroforcipe, perchè nella gran parte dei casi le sue branche vanno a situarsi alla parte posteriore del bacino, ha come fu detto sin da principio per sua precipua condizione quella di appoggiare le sue branche sulla testa in modo non simmetrico, ma sibbene in qualunque punto della medesima. Ora passando alla sua pratica applicazione ed ammesse le posizioni cardinali del feto a due come vogliono gli ostetrici, cioè la cervico-iliaca sinistra, e la cervico-iliaca destra colle loro modificazioni per ciascuna, di anteriore, laterale, posteriore, noi per formarci un concetto preciso del meccanismo del forcipe del dott. Hamon dobbiamo constatare su quali parti della testa del feto debbano appoggiare le branche, e se, fattane una valida presa, si possa con ben condotti movimenti compire il parto felicemente.

Risulta chiaro che nella prima posizione, cioè nella cervico-iliaca sinistra anteriore o laterale la branca sinistra si porterebbe a far presa sull'occipite, mentre la destra andrebbe ad appoggiare sulla parte temporale sinistra della testa per i minori ostacoli che essa incontrerebbe nella sua introduzione. Posti così asimmetricamente i cucchiaj, trovo già *a priori* facile, come anche asserisce l'Autore, la riduzione dell'occipite all'arco del pube. Su di un modello che io feci allestire onde instituire delle esperienze in proposito, ho potuto convincermi, usando delle branche del forcipe comune staccate, che tale riduzione non doveva presentare grandi difficoltà nè anche nella donna in attualità di parto. Con alcune lievi trazioni e con qualche movimento laterale da sinistra a destra eseguito colla branca destra, e con moto dall'indietro all'avanti della branca sinistra, ho potuto ottenere la rotazione della testa del feto e ridurre in tal modo l'occipite all'arco del pube. Rinnovata la stessa operazione colle branche incrociate incontrai maggior difficoltà, non senza notare che fu anche più lunga. Ciocchè ho detto della posizione cervico-iliaca sinistra, si può applicare all'altra cervico-iliaca destra anteriore e laterale, nelle quali invece la branca sinistra andrebbe a poggiare sulla fronte, e la destra sulla regione temporale sinistra della testa del feto. Anche in questo caso, modificati i movimenti e le trazioni a seconda della posizione, la riduzione dell'occipite al pube riescì di somma prontezza. Ed io sono d'avviso che minori ancora avrei avuti gli ostacoli alla riduzione della testa nella posizione voluta dalla natura, se invece delle branche del forcipe comune staccate, avessi potuto usare del forcipe asimmetrico, convenendo pienamente col dott. Hamon che la maggior curva data alle branche lasciando qualche libertà di moto alla testa, la riduzione sia maggiormente ajutata dalla conformazione naturale delle parti.

Ho detto che se la riduzione mi fu agevole adoperando le branche staccate del forcipe comuue, mi sarebbe ancora stata più facile se avessi praticata l'esperienza col forcipe asimmetrico: e ciò appoggio colle seguenti osservazioni. Primieramente perchè il nuovo forcipe avendo le branche articolate e potendosi imprimere speciali movimenti a ciascuna, stimo che l'operatore possa trarne grande vantaggio. Nel forcipe crociato il moto che si comunica allo strumento è conforme ed eguale in tutte le sue parti, poichè non posso muovere una branca se non confondendone il moto con quello dell'altra; e questo certamente non è la più favorevole delle condizioni per cambiare le posizioni del feto; mentre invece col forcipe a branche articolate parallele, con quelle lievi gradazioni di moto che si possono imprimere a ciascuna si potrà più possibilmente cito, tuto, et jucunde ottenere la riduzione della testa al pube ed eseguirne l'estrazione. Anzi sono d'opinione che l'articolazione delle branche costituisca nelle mani di un esperto ostetrico il segreto della facilità di eseguire quest'atto operativo. Con qualche caso pratico mi proverò a soccorrere questo mio asserto.

Partendo ancora dalla posizione del feto anteriormente accennata, cioè la cervico-iliaca sinistra anteriore o laterale, colla branca sinistra afferro la testa alla regione occipitale, colla branca destra alla regione temporale sinistra. Ora non è egli vero che col mezzo dell'articolazione delle branche potrò dirigere meglio il movimento proprio a ciascuna, facendole entrambe servire come leve di terzo genere, e combinando il movimento da sinistra a destra della branca sinistra con altro da sinistra a destra e dall'indietro all'avanti della branca destra ottenere con soddisfacente prestezza l'occipite all'arco del pube? Con queste semplici e brevi manovre non è egli certo che otterrò il mio scopo senza gravi danni alla madre ed al feto, mentre col forcipe crociato, dovendo appena presa

la testa (ciò che è abbastanza arduo) rotarla verso il pube, incontro certamente maggiori difficoltà, rendo più lunghe e dolorose le manovre e posso produrre più facilmente delle tristi conseguenze? A ciò aggiungi che se trovassi qualche ostacolo al movimento combinato delle branche, potrei anche agire con una sola ed ottenere con tutta probabilità il medesimo felice risultato.

Altra volta ho accennato che in ogni operazione istromentale di ostetricia da eseguirsi col forcipe l'operatore deve aver di mira di seguire le leggi del parto fisiologico: ammettiamo ora una posizione non naturale della testa, nella quale il diametro occipito-frontale che conta 4 pollici ed un quarto, fosse in corrispondenza col sacro-pubico dello stretto superiore che conta qualche cosa meno di 4 pollici, diminuiti soprappiù dallo spessore delle parti molli: in questa posizione del feto potrebbe essere impossibile il parto senza ricorrere all'applicazione del forcipe.

L'applicazione del forcipe crociato in questo caso in cui le branche devono essere portate ai lati della pelvi ed appoggiate alle regioni temporali del feto, potrà essere di somma facilità; non così l'estrazione del feto, per la quale occorrerebbero delle forti trazioni mediante le quali venga diminuito il diametro occipito-frontale in confronto al sotto-pubico. Coll'uso invece del forcipe asimmetrico che pure riescirebbe spedito, e colle sue branche appoggiate una alla fronte, l'altra alla regione temporale, con un lieve moto di trazione della branca destra sul fronte combinato con un moto laterale della branca sinistra sulla tempia, si può, e ne sono convinto, senz' alcun ostacolo ridurre quella posizione irregolare in una affatto naturale e compiere così il parto o colle sole forze della natura, ovvero con lievi ed insignificanti ajuti.

Ho fiducia, onorevoli colleghi, di avere sufficientemente dimostrato colla scorta di alcune pratiche contingenze la utilità e la preminenza che in molti casi può offrire il

forcipe asimmetrico sul forcipe comune. Ma per ciò faremo noi, come l'Autore, *tabula rasa* di quest'ultimo strumento, che tutti i trattatisti da Chamberlein a Lovati e Pastorello stimarono sommamente efficace e di grande vantaggio in molteplici casi sì per la donna che per il feto, sino a ritenerlo l'istrumento ostetrico più benemerito verso l'umanità, e la gemma più preziosa di tutto l'armamentario chirurgico? Seguiremo noi l' Autore nell' idolatria del suo forcipe, e ci associeremo a lui nel condannare all' ostracismo il forcipe crociato e nelle invettive lanciate contro la pratica dei sommi luminari dell'arte, solo perchè non hanno saputo o non sanno emanciparsi dalle vecchie tradizioni classiche sul medesimo? In fine lo confineremo noi fra le rugginose ferravecchie solo a vergognosa testimonianza dei danni che ebbe per esso a soffrire la povera umanità?

Negli scritti del dott. Hamon, o per meglio dire nelle pubblicazioni consegnate nell'*Abeille* che voi mi daste ad esame, non trovo svolto l'argomento sotto tutti i punti di vista, sotto tutte le possibili emergenze, e perciò mi spuntava nell'animo il dubbio sull'efficacia della sua universale applicazione. Nel mentre apertamente professo che il forcipe asimmetrico può essere adoperato preferibilmente nell'inchiodamento della testa, nell'inerzia dell'utero, nella soverchia resistenza offerta al passaggio delle parti molli della donna, ed in qualsiasi altro pericoloso accidente che domandi la pronta estrazione del feto, dubito molto che la sua applicazione debba essere preposta in quei casi in cui la indicazione del forcipe è designata da sensibile sproporzione fra la testa del feto e la pelvi, così allora, che la testa fosse troppo voluminosa o per eccessivo sviluppo o per altra causa morbosa qualunque, come se al contrario la pelvi presentasse i diametri suoi troppo ristretti in confronto ai normali della testa.

Ognuno che per poco sia istrutto dei principj elemen-

tari d' ostetricia conosce che il forcipe comune nella sua maggiore distanza fra le branche conta poco più di circa due pollici e mezzo. Scopo di questa breve distanza è quello, nel caso di sproporzione fra la testa ed il catino, di diminuire convenientemente sotto la presa i diametri della testa del feto in modo da poter effettuare il parto anche con una pelvi relativamente ristretta.

Abbiamo noi questa felice condizione nel forcipe asimmetrico? Nulla affatto. Il forcipe asimmetrico del dottor Hamon per avere la vecchia curva alquanto più marcata che nel forcipe comune e quindi le branche troppo distanti tra loro in modo da lasciare, come dice l'Autore, qualche sensibile libertà di movimento alla testa, non può ridurre assolutamente i diametri del capo del feto anche allorquando la posizione anormale del medesimo esigesse un'applicazione simmetrica delle branche; molto meno poi nelle circostanze di una posizione obliqua nelle quali il forcipe nuovo deve essere applicato asimmetricamente.

Se una delle principali condizioni per l'effettuamento del parto nei casi di sproporzione di volume fra la testa e la pelvi, è la riduzione col forcipe dei diametri della testa affine di metterli in giusta correlazione con quelli della pelvi, coll'uso del forcipe asimmetrico tale condizione manca affatto, e manca per due ragioni: per la conformazione stessa dello strumento per la quale non si può ottenere una diminuzione nei diametri della testa, e per la sua applicazione asimmetrica, per cui non è possibile, fatta la presa, comprimerla in modo da ottenere la riduzione necessaria al passaggio.

Questa osservazione che mi sovveniva alla mente lorchè leggeva le prime pubblicazioni del dott. Hamon, vennemi poi in seguito luminosamente confermata dalle successive pubblicazioni dello stesso Autore, che il nostro diligentissimo e benemerito Presidente ebbe cura di farmi tenere durante questo mio studio sul forcipe asimmetrico.

In esse vengono narrati due casi avvenuti a due ostetrici francesi, il primo di presentazione del vertice allo stretto superiore *con diametri della pelvi alquanto ristretti,* il secondo colla testa allo stretto superiore, *con diametri della pelvi pure minori* e con apertura della bocca dell'utero di 5 a 6 centimetri soltanto. In amendue le contingenze l'uso del forcipe asimmetrico ebbe a fallire, le branche sotto forti trazioni abbandonarono la presa, e il parto fu condotto a termine felicemente, nel primo col forcipe comune, nel secondo col rivolgimento.

Egli è bensì vero che il dott. Hamon volle affibbiare quest'esito infelice a cause affatto straniere al suo forcipe, ma ragion vuole che si debbano attribuire al medesimo: onde evincesi che il forcipe asimmetrico non è per nulla adatto alla estrazione del feto nei casi di sproporzione fra i diametri della testa e quelli del bacino, nei quali invece fa d'uopo senz'altro ricorrere al forcipe comune quale unica àncora di salvezza in queste difficilissime contingenze.

E qui, egregi colleghi, faccio punto: poichè per me ora è veramente il caso di ingenuamente confessare — nemo dat quod non habet. — Ma non prenderò commiato da voi che mi foste tanto cortesi senza prima formulare in brevi conclusioni ciocchè ho detto sin qui, e perciò:

1.° Il forcipe del dott. Hamon non è che una modificazione di altri forcipi a branche paralelle.

2.° La descrizione che ne dà l'Autore nelle sue memorie è alquanto imperfetta ed insufficiente a darne una esatta nozione.

3.° Le pubblicazioni sul forcipe asimmetrico del dottor Hamon lasciano un forte convincimento sull'utilità del medesimo, sebbene l'Autore non l'abbia confortata colla

minuta descrizione delle manovre necessarie a compiersi onde seguire le leggi del parto naturale.

4.° Ad onta di ciò si può ritenere quasi *a priori* che il forcipe asimmetrico può in alcuni casi essere preferito al forcipe comune.

5.° Che i casi ne' quali può prestare maggiore utilità dell' altro sono quelli in cui l' estrazione del feto è indicata da condizioni estranee all' eccessivo sviluppo della testa del feto, od a deficiente misura dei diametri della pelvi.

6.° In questi casi di sproporzione fra la testa e la pelvi è indispensabile ricorrere al forcipe comune, come il solo strumento atto ad ottenere la riduzione e la estrazione del feto.

Questo è il concetto che io mi sono fatto del forcipe del dott. Hamon; so che l' argomento doveva essere svolto più largamente, ma come farlo privo dello strumento sul quale doveva studiare, e della relativa pratica dalla quale deve scaturire la sicurezza del giudizio? Ho lusinghiera speranza che in non lontana epoca potrò con più estese cognizioni ritoccare l' argomento. Allora più sicuro che non lo fui in questo giorno mi ripresenterò a voi fiducioso che l' opinione che potrò emettere otterrà il vostro benevole e sapiente suffragio.

Dell' innesto e della galvanizzazione del ventricolo; *Note sperimentali del prof.* **PAOLO MANTEGAZZA** (1).

È noto essere uno degli acquisti più preziosi della scienza medica moderna la cognizione più esatta dell' idea della

(1) Queste note furono redatte dal mio amico ed assistente l' egregio dott. Giulio Bizzozero.

vita e delle condizioni in cui la vita stessa si compie. Ora è ben dimostrato che i fenomeni che presentano i corpi vivi hanno la loro prima origine nei singoli elementi che li compongono, e che ogni elemento possiede una vita propria ed indipendente dal corpo di cui fa parte. Quindi, come un organo anche molto complesso e voluminoso consta della riunione di molti elementi variamente aggruppati, così una qualsiasi funzione trova direttamente la sua origine nella somma delle singole funzioni degli elementi di cui consta l'organo funzionànte.

Ciò non ci autorizza però a conchiudere che un elemento anche isolato può continuare a vivere ed a funzionare. Anche la esperienza più semplice ce lo dimostra; se noi isoliamo una fibra muscolare od un gruppo di cellule, le vediamo soggiacere a quelle alterazioni che si comprendono sotto il nome di *putrefazione*; gli elementi *anatomici* si scindono in elementi *chimici*. — Perchè un organo od un elemento continui a funzionare, è necessario ch'essi siano posti in certe determinate condizioni, le quali permettono quello scambio molecolare che è necessario al mantenimento della vita; modificando queste condizioni, le manifestazioni della vita potranno alterarsi, sospendersi o cessare completamente. Ciò possiamo osservare tanto nel corpo vivo che fuori di esso: nel primo caso abbiamo tutte le alterazioni patologiche e quindi le malattie; nel secondo abbiamo tutti quei fenomeni che ci presentano le parti tolte ad animali viventi prima di perdere i pochi avanzi della loro vitalità.

Per diretta conseguenza un organo conserverà meglio le sue proprietà fisiologiche quanto più le condizioni in cui lo si mette saranno uguali a quelle in cui è solito trovarsi nell'animale vivente.

Un muscolo cui siano stati tagliati i nervi conserverà più perfette e più a lungo le facoltà di nutrirsi e

contrarsi di un muscolo a cui ad un tempo siano stati recisi i nervi e legati i vasi; ovvero che sia stato tratto dal corpo e conservato in una atmosfera umida e ad un grado conveniente di temperatura. Se si potessero riprodurre artificialmente tutte le condizioni in cui si trovavano gli organi nell'animale vivo, si potrebbero ottenere delle vite, per così dire di una durata indefinita, e gli organi continuerebbero nelle loro manifestazioni funzionali e nutritive così bene come quando non erano che parte di un corpo intero,

Da ciò si può ben comprendere l'importanza che deve avere lo studio delle alterazioni che hanno luogo nelle parti vive in seguito alle modificazioni dei mezzi in cui vivono, poichè se ne potrebbero trarre alcune conclusioni che ci avvierebbero alla conoscenza delle cause essenziali delle malattie e che ci servirebbero di più in questa *terra incognita* della medicina.

Da poco tempo in qua molti sperimentatori diressero le loro indagini su questo argomento, e benchè non se ne sappia ancora che pochissimo, pure dobbiamo rallegrarcene, perchè il poco ottenuto ha dimostrato la ricchezza dei risultati che se ne potranno ottenere.

Nel mio lavoro sugli *innesti animali* (1) ho studiato i mutamenti che avvengono in un tessuto, quando sia trapiantato, mentre non ha ancora perdute le proprietà vitali, in grembo ad un organismo che è nell'esercizio della vita. Io metteva gli organi tolti ad un animale vivente nelle condizioni più favorevoli alla conservazione delle loro proprietà fisiologiche; non interrompeva che la corrente dei nervi e la comunicazione diretta dei vasi; del resto dava adito allo scambievole contatto per mezzo

(1) « Degli innesti animali e della produzione artificiale delle cellule ». Milano, 1865.

del plasma, e così si conservavano al naturale la temperatura, l'umidità, ecc. Usando di questo metodo, in alcuni tessuti osservai la degenerazione grassa rapidissima; in altri potei constatare conservata la nutrizione fisiologica, anzi alcuni continuarono a crescere anche al di là del loro limite normale; in altri pochissimi infine verificai conservata non solo la facoltà nutritiva, ma altresì la funzionale. A questo riguardo l'esempio più brillante mi venne dato dallo stomaco. Il ventricolo isolato da ogni comunicazione vascolare e nervosa potè couservare per quasi un mese la facoltà di secernere muco e di digerire; tutti i ventricoli trapiantati furono distesi dal muco, ed in alcuni pareva che esso volesse farne scoppiar le pareti; *ho potuto ottenere digestioni artificiali tanto coi ventricoli trapiantati nello stesso animale come in quelli portati da un animale all'altro; ma nei primi il potere digerente era più robusto; anzi cosa singolarissima, fu assai più forte che in due ventricoli tolti appena allora da rane viventi e sane.*.

Questo fatto eccitò vivamente la mia attenzione, ed avrei certamente moltiplicato le esperienze onde comprovarlo, se non fossi stato costretto a rivolgermi ad altri studj. Onde togliere però a me ed agli altri ogni dubbio sul suo costante ripetersi, incaricai il signor Marchioli studente di medicina, che frequentò assiduamente quest'anno il mio laboratorio, di rinnovare gli sperimenti. Ebbi il contento di vedere confermate dalle sue le mie osservazioni; e valgano ad esempio queste tre esperienze che traggo dalle sue note:

Esperienza 1. — 8 Gennajo 1867. Si toglie ad una rana vivente lo stomaco, lo si lega al cardias ed al piloro e lo si introduce nel cavo addominale di un' altra rana ben robusta.

La ferita cicatrizza assai presto, e la rana vive assai bene fino al febbrajo. — La si trova morta il 22 verso le due pomeridiane.

Le si apre la cavità addominale, e si trova lo stomaco innestato tenacemente aderente al peritoneo vicino alla grande curvatura dello stomaco proprio della rana. — Entrambi sono vuoti e non contengono che poco muco. — Ad entrambi si raschia la mucosa, e la poltiglia che se ne ottiene si pone in due distinti bicchierini, aggiungendo 5 centigr. di acqua distillata ed una goccia di acido cloridrico. In questo liquido finalmente si immerge un cubettino d' albume d' uovo cotto del peso di 0gr.206.

23. Febbrajo. Nel bicchierino contenente la raschiatura dello stomaco innestato si osserva l'albume già in incipiente digestione. Nell'altro il processo è appena cominciato.

25 Febbrajo. L' albume del primo bicchierino è quasi completamente disciolto; l' altro non è digerito che per poco più della metà.

Il 26 febbrajo nel bicchierino dello stomaco innestato non si osservano più traccie d'albume; mentre nell' altro l' albume non si trova disciolto in totalità che il 28.

Temperatura media durante l'esperienza: 14° C.

Differenza di durata della digestione: 48 ore.

Esperienza 2ª e 3ª. — Il 28 gennajo si innestano due stomaci nel cavo addominale di due grosse e robuste rane.

Muojono il 10 marzo. Le raschiature dei due stomaci innestati e dei due proprii vengono poste in 4 bicchierini, segnando con A i bicchierini contenenti la raschiatura degli stomaci innestati e con B gli altri. A tutti s'aggiungono l'acqua, l'acido cloridrico e l' albume come nell' esperienza antecedente.

Nei giorni 11 e 12 si osserva che nei bicchierini A la didigestione è più avanzata, ed è completa il 13 marzo; mentre il 14 nei bicchierini B si avevano ancora traccie d'albume.

Temperatura media: 15° C.

Differenza di durata della digestione: 40 ore.

Accertato così che il ventricolo innestato, benchè viva per sola osmosi, e sia sottratto all'influenza dei nervi, pure gode di una facilità digerente maggiore di quella degli stomaci normali, consigliai al signor Marchioli di continuare

le sue ricerche studiando gli effetti dell'elettricità applicata direttamente allo stomaco. Ecco alcune delle sue esperienze:

Esperienza 1ª. — 9. Gennajo. Metto allo scoperto lo stomaco di due rane; sottometto lo stomaco di una di esse all'azione di una corrente indotta prodotta da una pila di Grove di media grandezza agente sull'apparato a slitta di Dubois-Reymond.

Uno degli elettrodi è applicato al cardias, l'altro al piloro; la durata dell'applicazione è di mezz'ora. Frattanto l'altra rana rimane semplicemente collo stomaco allo scoperto.

Il 10 e l'11 gennajo ripeto la galvanizzazione.

Il 12 uccido le rane, e provo la forza digerente dei due stomaci col metodo delle esperienze precedenti.

13 Gennajo. Il bicchierino contenente la raschiatura della mucosa galvanizzata presenta già il cubo di albume in digestione incipiente; nell' altro l'albume è ancora intatto.

15. È quasi interamente avvenuta la digestione dello stomaco galvanizzato; nell' altro ci ha ancora molto albume solido.

16 La digestione del primo bicchiere è completa; l'albume del secondo bicchierino non è perfettamente disciolto che il 19.

Differenza di durata della digestione: 72 ore.

Esperienze 2 e 3. — 22 Gennajo. In queste due esperienze le mucose galvanizzate sciolsero l'albume in 4 giorni; quelle non galvanizzate in 6. — Il metodo tenuto per la galvanizzazione e per la digestione è eguale a quello adoperato per le esperienze antecedenti.

Differenza di durata della digestione: 48 ore.

Esperienze 4, 5, 6 7, 8, 9. — 1, 16, 24 febbrajo. Per queste esperienze vennero impiegate rane di diversa grossezza. In tutte però il risultato fu costante; la differenza media di durata della digestione fu di 36 a 48 ore.

Da queste esperienze si può quindi conchiudere:

La raschiatura della mucosa di uno stomaco di rana,

che venne galvanizzato per tre giorni consecutivi per la durata di mezz'ora, allungata con 5 centimetri cubici di acqua distillata acidulata con una goccia di acido cloridrico, scioglie completamente un cubetto di albume d'uovo del peso di 0gr.200 in un tempo che varia dai 4 ai 6 giorni.

La raschiatura della mucosa di uno stomaco di rana che venne posto nelle identiche condizioni del precedente, ma che non venne galvanizzato, allungata colla stessa quantità d'acqua egualmente acidulata scioglie la stessa quantità d'albume da 36 a 48 ore più tardi.

Ricerche sperimentali intorno all' azione della temperatura dei narcotici e dei senapismi sulla sensibilità tattile; *di* **VITTORIO CAVAGNIS.** (*Dal Laboratorio di patologia sperimentale dell' Università di Pavia*).

L' azione dei diversi gradi di temperatura sopportabili, dei narcotici e dei senapismi sulla sensibilità tattile non fu finora argomento che di pochi studj sperimentali. Tuttavia, per quel che riguarda i narcotici e i gradi diversi di temperatura, essa è universalmente conosciuta, poichè nessuno ignora che la sensibilità tattile nella stagione invernale è meno vivace, è meno pronta che nella estiva. I narcotici, oltre all'essere adoperati come torpenti del sensorio comune, trovano pure una applicazione nelle atroci nevralgie che si curano anche topicamente e colle spalmature di sostanze narcotizzanti e colle injezioni sottocutanee delle sostanze stesse; e la nevralgia ed il dolore sono appunto fatti di sensibilità tattile. Non ignoro che il Brown-Séquard ed altri distinguono e differenziano la sensibilità tattile, la sensibi-

lità dolorifica, ecc., e le considerano a sè, come aventi e sede e substratum differenti; ma la maggior parte dei fisiologi non accettarono questa opinione. I senapismi poi vengono usati localmente per risvegliare la circolazione cutanea e per altri scopi; ma la loro azione sulla sensibilità tattile non venne mai, cred'io, usufruttata. Egli è ben vero che l'influenza di questi agenti è in questi casi molto complessa, e che sono molte le condizioni di cui conviene tener conto per avere una esatta e completa spiegazione degli stessi casi; ma non è men vero che il fatto capitale sia appunto costituito dall'azione della temperatura e dei narcotici sulla sensibilità. Quest'azione è però solo grossolanamente ed incompletamente conosciuta nelle sue manifestazioni culminanti (1), resta invece oscura nelle sue più intime e minute particolarità.

Il Weber non ha esaurito e neppur toccato l'argomento, poichè, come il titolo stesso dei due capitoli: « De subtilitate tactus » e « Summa doctrinae tactus », che compongono appunto l'opera di Ernesto Enrico Weber « De Tactu », lo dice, il Weber non ebbe altro di mira nei suoi pazientissimi studii che di stabilire lo stato della sensibilità tattile nei diversi punti del corpo e il diverso grado di apprezzamento dei pesi e dei gradi di temperatura. Così quell'opera completissima riguardo a questo, lascia un vuoto circa l'azione sulla sensibilità tattile nonchè dei narcotici e degli eccitanti, ma eziandio dei diversi gradi di temperatura, vuoto ch'io credo non sia stato mai colmato dai fisiologi che imperfettamente dalle ricerche di Czermak, di Wroblewsky, di Fick, di Valentin e di Eulenburg.

Io ho dunque avvertito un bisogno, ho sentito un

---

(1) Per i diversi gradi di temperatura e per i narcotici: per i senapismi non si può neppur dir questo.

desiderio, e per quella irrequietudine che guida all'investigazione, ho cercato di soddisfare al primo, di appagare il secondo; ed ho perciò istituito alcune ricerche sperimentali allo scopo di ridurre a leggi l'azione sulla sensibilità tattile dei diversi gradi di temperatura sopportabili, dei narcotici e dei senapismi.

È solo la costanza dei risultati che ottenni, quella che mi spinge a pubblicare queste ricerche.

Queste esperienze si dividono in due serie a seconda dell'argomento su cui versarono: quelle della prima riguardano l'azione sulla sensibilità tattile dei diversi gradi di temperatura sopportabili, quelle della seconda sono dirette allo studio dell'azione sulla sensibilità tattile dei narcotici e dei senapismi.

Il metodo tenuto nel condurre le esperienze della prima serie fu il seguente.

L'istrumento di cui mi servii fu l'estesiometro del Sieweking modificato dal Brown-Séquard, che è una forma del *compasso* di Weber e la sua forma giustifica quasi questo nome. — È generalmente noto, giova però richiamarne la struttura. Ecco con quali parole lo fa conoscere ai suoi lettori il Weber. « Constat hoc — l'estesiometro — e ferro prismatico longo et recto, cui duo apices sub recto angulo impositi et adjuncti sunt. Hi apices recta linea removeri et admoveri possunt ». Soggiunge poi che ci è una vite « ut crura plus minusve distantia quolibet loco firmare et immobilia reddere liceret ». Questa asta di ferro prismatica, lunga e retta che entra nell'estesiometro, è divisa in tanti centimetri colla suddivisione in millimetri, per cui le misure che segnano le distanze, di cui in seguito terrò parola, rappresentano appunto altrettanti millimetri quanti indica il numero. Essendo poi chiaro che queste esperienze, avendo soltanto un valore generale e non un valore localizzato e relativo ai diversi punti del corpo, cioè avendo esse di mira lo studio degli effetti che

i diversi gradi di temperatura producono sulla sensibilità in genere e non già sulla sensibilità di questo e di quel punto, non dovevano ripetersi su tutti i punti del corpo; ma restava libera la scelta di quella località che sarebbe sembrata più conveniente all' uopo. Ed io ho scelto due località, le quali per avere caratteri comuni permettono che si traggano dalle esperienze eseguite identiche conseguenze e presentando anche punti di divergenza pongono opportunità di dedurre conseguenze non spregevoli relative appunto a questi caratteri che le distinguono. Queste due località sono il punto di mezzo del palmo della mano e l'avambraccio al lato anteriore a cinque centimetri di distanza dall' articolazione radio-carpica. Il palmo della mano nel suo mezzo è, secondo la credenza comune, confermata dalle inappellabili esperienze di Weber, una fra le località più provviste di papille tattili e che più facilmente ed esattamente distingue le impressioni esterne; per usare una sola parola è una parte molto sensibile. Io stesso lo riseppi da esperienze che istituii su questo oggetto, non perchè dubitassi del risultato di Weber, ma per semplice curiosità. Non le riferisco neppure, perchè dopo il pazientissimo lavoro di Weber una mia parola su quest' argomento sarebbe affatto oziosa. Le differenze quindi di sensibilità anche minime sopravvenute in questa regione per qualunque causa ci saranno più facilmente verificabili, e l' azione anche debole di qualunque agente vi si potrà più esattamente studiare. L'avambraccio poi, nel punto sopra da me indicato, presenta un grado notevole di sensibilità e d' altronde offre differenze rimarchevoli riguardo a parecchi punti in confronto coi dati forniti dalle esperienze eseguite sulla mano, differenze che sarebbe qui fuori di luogo accennare, ma che indicherò nel seguito di questo lavoro. Non sorse neppure il dubbio che l' esperienza su due soli punti non autorizzasse a trarne

conseguenze, poichè essendo identiche in tutti i punti le condizioni per cui la sensibilità ha luogo, devono pur essere eguali le condizioni per cui la sensibilità stessa si modifica.

L'esposizione poi di queste due località rende molto comodo e facile l'interrogarle nelle manifestazioni delle loro proprietà. — Ho preferito l'avambraccio e la mano sinistra, perchè stando ancora ai risultati di Weber l'arto sinistro, e la mano dello stesso specialmente, è più sensibile del destro, perchè più risparmiato in generale dagli agenti esterni ottundenti la sensibilità; quantunque esso pure al pari del destro sia educato alla coltura della sensibilità stessa. Non voglio con queste espressioni pregiudicare adesso la questione se l'uso d'una parte valga ad accrescerne od a scemarne la sensibilità: ne parlerò in seguito. Sta intanto il fatto indicatoci da Weber, e la osservazione dello stesso è pur facile. Anche su quest'argomento tralascio alcune esperienze da me istituite; ma accenno solo di passaggio che questo fatto non è costante, e la ragione di questo è l'uso dell'arto superiore sinistro prevalente sul destro in taluni individui, cioè nei mancini. Dunque anche quest'eccezione alla regola esposta da Weber non fa che avvalorare vieppiù la spiegazione data dal Weber stesso dell'aumentata o scemata sensibilità per il minore o maggior uso d'una parte.

Versando questa prima serie di esperienze intorno all'azione dei diversi gradi di temperatura sopportabili sulla sensibilità, era necessario portare a contatto delle località scelte corpi che avessero quei dati gradi di temperatura di cui si voleva appunto studiare l'azione sulla sensibilità tattile, poichè non si poteva modificare così di seguito e repentinamente la temperatura dell'ambiente, come il corso delle esperienze richiedeva. A questo scopo si usò una bottiglia in cui si metteva dell'ac-

qua portata a quel grado di temperatura di cui si voleva studiare l'azione, e quindi si chiudeva la bottiglia con un pezzo di vescica di majale sottilissima che si assicurava alla bottiglia stessa. Si applicava quindi la bottiglia sulla parte per mezzo della vescica, per cui l'acqua era mediatamente applicata, ma il mezzo, cioè la vescica, per la sua sottigliezza e per la sua massima tensione, non impediva nè moderava l'azione dell'acqua. Si lasciava così applicata la bottiglia, la quale alla apertura mediante la quale si praticava l'applicazione presentava il diametro di cinque centimetri, ond'era una larga superficie quella per cui si esercitava l'azione dei diversi gradi di temperatura pel tempo che in seguito verrà determinato, cioè 1', 2', 5' a seconda delle esperienze. Quindi si toglieva la bottiglia e si esplorava coll'estesiometro lo stato della sensibilità indotto dall'applicazione dell'acqua. Le modalità poi praticate nell'esplorare coll'estesiometro, seguendo in gran parte i precetti di Weber, furono le seguenti. L'individuo su cui si esperimenta deve allontanare gli occhi dalla parte su cui si applica l'estesiometro per non essere influenzato in alcun modo nelle risposte che deve dare.

Quest'individuo si fa sedere lateralmente allo sperimentatore; egli abbandona il suo braccio su d'una tavola; il palmo della mano sinistra non è coperto dalle dita che sono distese, ma senza sforzo, come nel sonno. Quindi dopo aver fatta previamente l'applicazione della bottiglia, si applicano leggermente, senza esercitare molta pressione, contemporaneamente e trasversalmente all'asse trasversale dell'arto le punte dell'estesiometro, e si avvicinano e si allontanano finchè l'individuo, sentendo chiaramente l'applicazione delle due punte, le avverta. E si deve più volte ripetere il contatto per assicurarsi che quello accennato è veramente il limite di distanza minima a cui

l'individuo sente due punte: al di là di questo limite egli non sente l'impressione che di una sola punta. Si capisce bene che tutto questo deve esser fatto prestamente e in modo che l'azione dei diversi gradi di temperatura non abbia a sperdersi e ad essere neutralizzata dalla temperatura dell'ambiente. Tutte queste avvertenze, tutte queste condizioni sono essenziali e devono in ogni esperienza essere conservate assolutamente, perchè le esperienze stesse sieno comparabili fra di loro, e perchè l'azione spiegata dai gradi diversi di temperatura sia reale e non soltanto apparente. Quando non se ne tenga conto o quando solo incompletamente si avverino queste condizioni, l'esperienza non ha valore, poichè, trattandosi d'un elemento così difficile a ben calcolare, come è la sensibilità, conviene evitare almeno per quanto si possono tutte le fonti di errori.

La temperatura dell'ambiente ha in tutte queste ricerche segnato dai 13° ai 15°.

Perchè la durata dell'applicazione dell'acqua portata ai diversi gradi di temperatura fosse la stessa, conveniva stabilire una unità di tempo e quest'unità fu di un minuto primo.

Era necessario prima di addentrarsi nelle esperienze conoscere il limite massimo e minimo della temperatura sopportabile senza molestia dagli individui su cui si eseguivano le esperienze. Il limite massimo lo trovai al 60° del termometro centesimale. Erano pochissimi gli individui che potessero sopportare la temperatura di 65°, parecchi anzi non tolleravano neppure il 60°, per cui stabilii che il massimo limite sopportabile era a 60°. Anzi in generale già a 60° l'impressione che si riceveva destava una sensazione non indifferente, ma un pochino molesta. È poi abbastanza chiaro che non ci era nessun interesse d'occuparsi di temperature che producono dolore, perchè sono sprovviste di pratico interesse e d'al-

tronde avrei trovato pochi individui che avessero voluto soggiacere a simili esperimenti — ed anche per questo le esperienze avrebbero perduto di valore. Il limite minimo poi lo trovai a 0° e l'applicazione del ghiaccio stesso che si fondeva nella bottiglia produceva già qualche molestia.

Primo risultato adunque delle mie esperienze fu: il limite massimo della temperatura sopportabile senza dolore è il 60°, il limite minimo è a 0°.

La serie delle mie esperienze restava così limitata fra 0° e 60°.

Ora volli conoscere appunto lo stato di sensibilità indotto dall' azione di questi gradi che segnano i limiti estremi: intrapresi perciò le relative esperienze. Queste ascesero a 50: ebbene ho la compiacenza di poter dire che diedero tutte gli stessi risultati. Sono esse registrate nella tavola A.

Dalle stesse risulta adunque che l' individuo che normalmente avvertiva le due punte dell' estesiometro chiaramente, quando queste erano alla distanza di 10 millimetri, dopo l'applicazione tanto del ghiaccio come dell' acqua a 60° avvertiva le due punte non più alla distanza di 10 mill. ma solo alla distanza di 11, di 12, ecc., mill.; per cui resta provato che l' azione della temperatura di 0° e di quella di 60° sulla sensibilità tattile è identica e si risolve nello scemare, nell'ottundere la sensibilità stessa. Anche l' azione quantitativa di questi due gradi di temperatura si può affermare essere eguale, poichè ora è maggiore nell' uno ed ora nell' altro. E si può anche dire senza tema d' errare che la sensibilità tattile al di là del 60°, e già in taluni individui quasi a 60°, è sempre ottusa, e l'individuo non risente che una impressione confusa, confusissima; qualunque sia la distanza delle due punte dell' estesiometro: procedendo poi anche di poco, cioè quando la temperatura è a tal grado da

provocare dolore, la sensibilità tattile resta completamente distrutta.

Volli in seguito ricercare lo stato di sensibilità tattile indotto dall' azione dei gradi di temperatura inferiori a quella del nostro corpo. Le esperienze fatte su quest'argomento non ammontarono che a 30. Veggansi nella tavola B. Come ben si scorge, il tatto restava, il che già era provato dalle esperienze comprese nella tavola A., ottuso di molto per l' applicazione del ghiaccio, poi si rialzava coll' applicazione di acqua portata a gradi superiori di temperatura, finchè si restituiva allo stato normale verso il 36° o 37° — ma più spesso il 37° — e si rendeva già più squisito verso il 38° in molti casi, sempre poi verso i 40°. A 40° adunque la sensibilità tattile era superiore, era già più acuta che normalmente; ed a 60° — ce lo dice la tavola A — era più ottusa. Nasceva adunque il bisogno di sapere, come restasse modificata la sensibilità tattile per l' azione dei diversi gradi di temperatura compresi fra 40° e 60°. Le relative esperienze (veggasi la tavola C) in numero di 30 mi condussero alla conclusione che la sensibilità tattile divenne sempre più acuta sotto l' azione di temperature che dal 40° si avvicinavano al 45° e generalmente trovava il suo maximum a quest' ultimo grado — 45° — per decrescere in seguito e trovare il suo minimum a 60°. Questi due ultimi corollarii trassi solo da 30 esperienze: ma queste trenta mi davano diritto a conchiudere, perchè la unanimità dei risultati elideva qualunque dubbio. Pervenuto alla fine di tali ricerche, sorse in me il dubbio che fosse insufficiente lo spazio di tempo di 1' perchè le diverse temperature potessero spiegare la loro azione completamente e quindi i risultati ottenuti fossero così incompleti od anche erronei: conveniva perciò risolvere questo dubbio. Dopo aver fatto buon nu-

mero di esperienze, durando l' applicazione della bottiglia contenente l' acqua prima 2', poi 3' e 4', quindi 5', sono stato portato a conchiudere che l' azione della temperatura era stata la stessa e che i risultati ottenuti erano identici a quelli di prima, salvo quelli che riguardano gli estremi limiti delle temperature sopportabili: cioè l' applicazione del ghiaccio e dell' acqua a 60° che duri più di 1' è dolorosa e toglie, quando questa durata giunga ai 3', ai 4', ecc., quasi affatto le sensibilità tattile, cioè l' individuo ha coscienza d' un corpo che sta sulla parte su cui si appoggiano le due punte dell' estesiometro, ma non può precisarne la forma nè mai arriva a distinguere le due punte. Del resto la sensibilità tattile era sempre illesa a 55° od a 50, durando l' applicazione dell' acqua anche 5'.

Esaurita così la prima, passo alla seconda serie delle mie ricerche sperimentali.

Comincio dai narcotici. Sul principio di questo lavoro ho già accennato che gli effetti dell' uso topico dei narcotici in terapia ci fanno prevedere l' azione degli stessi sulla sensibilità tattile. Ad ogni modo le relative esperienze, siccome quelle che sono proprio dirette allo studio di questa loro azione, possono tornar utili a precisarla. Ho scelto due sostanze delle più narcotizzanti fra i narcotici — se mi è permesso il bisticcio; cioè il laudano di Sydenham e la belladonna (estratto acquoso). — Il metodo tenuto in queste esperienze fu come quello con cui furono condotte le esperienze della prima serie: ne differenzia solo per questo, che invece di fare l' applicazione della bottiglia contenente acqua, con un pennello intriso nel laudano o nella belladonna si stende un sottil velo sulla parte di cui si vuole esplorare la sensibilità tattile, che è ancora il palmo della mano sinistra e l' avambraccio sinistro. Nelle prime esperienze ho

lasciato scorrere 15' prima di tentar lo stato di sensibilità indotto, nelle ultime solo 5': trovai gli effetti della stessa intensità. Invece lasciando scorrere dall'applicazione più di 40', l'effetto era scomparso e non si poteva più cogliere differenza fra lo stato normale della sensibilità e lo stato di sensibilità dopo l'applicazione dei narcotici. La tavola D, in cui sono appunto registrate le esperienze relative ai narcotici, mi fa concludere che questi hanno una azione identica a quella che hanno le temperature di 0° e di 60°. È poi anche chiaro che la belladonna ed il laudano tengono press'a poco la stessa intensità di azione ottundente della sensibilità tattile. Per togliere il dubbio che questi risultati si dovessero al velo sottile che il narcotico costituiva per la spalmatura che se ne era fatta, con un panno si levava leggermente il narcotico e si procedeva poscia all'esplorazione coll'estesiometro.

Quanto ai senapismi, io non trovai differenza alcuna nei risultati ottenuti dall'applicazione degli stessi semi di senape pestati con acqua in forma di cataplasma, dai risultati avuti dall'applicazione dei narcotici. (Veggasi la tavola E). Conviene notare che quanto più il senapismo era forte, tanto più la sensibilità tattile si rendeva ottusa. L'azione poi del senapismo sulla sensibilità tattile dura pochi minuti — non più di 5' — dopochè si levò dalla parte il senapismo stesso. Ecco adunque una differenza riguardo alla durata dell'azione coi narcotici.

Nel corso di queste esperienze ho pure osservato i seguenti fatti. I mestieri degli individui su cui si esplora lo stato della sensibilità tattile non implicano nè traggon seco alcuna differenza riguardo ai limiti massimi e minimi di tolleranza dei gradi di temperatura e circa le speciali leggi dell'azione della temperatura stessa nei suoi

varii gradi. Giunsi a questa conseguenza, esaminando lo stato della sensibilità tattile di parecchi facchini nelle sue varie modificazioni per la temperatura e confrontando i risultati ottenuti sopra giovani studenti. — Le esperienze riportate nelle singole tavole furono tutte fatte su studenti.

Il limite massimo e minimo di temperatura sopportabile è più circoscritto nei luoghi ove la pelle è più fina, quantunque la sensibilità tattile possa negli stessi essere inferiore, meno acuta che non in siti a pelle grossa. Così se al palmo della mano il limite massimo sopportabile di temperatura è a 62°, questo limite massimo è a 60° all'avambraccio, dove la pelle è più fina e dove la sensibilità tattile è meno acuta: si dica lo stesso del limite minimo di temperatura sopportabile. Ho voluto aggiungere anche questi due fatti per mantenere le promesse espresse riguardo agli stessi nelle prime pagine di questo lavoro, a cui io dò termine, ringraziando di cuore il professore Mantegazza al quale io devo la possibilità di aver incominciate e proseguite queste ricerche.

Tavola A.

	Al palmo della mano sinistra.			All'avambraccio sinistro.		
	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di ghiaccio	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 60°	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di ghiaccio	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 60°
1	8	10	10	22	26	25
2	10	11	11	18	21	22
3	7	11	10	21	24	25
4	9	11	12	23	27	28
5	4	6	7	14	17	18
6	6	8	7	19	21	23
7	3	7	6	13	17	15
8	4	6	7	22	25	27
9	10	12	11	27	29	32
10	6	7	8	21	24	25
11	6	7	7	30	32	37
12	7	10	12	21	24	23
13	8	11	9	25	29	28
14	12	15	14	28	31	30
15	7	8	8	21	25	24
16	5	8	8	14	17	19
17	4	7	6	15	17	16
18	9	11	11	21	25	24
19	4	5	6	17	19	21
20	11	13	14	28	31	32
21	9	12	11	21	23	23
22	7	9	8	28	33	31
23	6	9	8	27	31	29
24	10	13	13	29	34	37
25	11	14	15	25	29	28

	Al palmo della mano sinistra.			All'avambraccio sinistro.		
	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di ghiaccio	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 60°	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di ghiaccio	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 60°
26	4	7	6	21	23	25
27	9	12	11	24	26	25
28	10	13	12	27	29	30
29	9	13	11	25	29	31
30	8	12	10	22	25	27
31	5	8	7	20	25	27
32	10	13	12	25	28	29
33	10	13	12	30	32	37
34	10	12	13	26	28	29
35	9	11	10	19	24	26
36	8	12	9	19	24	22
37	13	17	16	33	37	36
38	8	14	12	25	28	29
39	9	12	11	25	28	30
40	5	7	6	20	24	22
41	4	7	6	25	28	26
42	10	12	14	23	27	26
43	5	7	9	12	15	16
44	4	6	6	13	17	16
45	5	9	8	19	23	24
46	9	11	12	21	26	25
47	8	10	11	25	29	31
48	4	7	5	14	17	16
49	3	5	7	12	15	16
50	6	9	8	22	26	27

Al palmo della mano sinistra.

	Stato normale della sensibilità.	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 0°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 10°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 20°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 30°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 36°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 37°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 38°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione
1	4	8	7	7	6	5	4	4	3 1/2
2	5	9	8	7	7	6	5	4 1/2	4
3	4	6	6	5	5	4	4	4	3 1/2
4	7	10	9	9	9	7 1/2	7	7	6
5	12	18	17	15	15	14	12 1/2	12	11
6	5	8	7	7	6	5	4 1/2	4	4
7	7	11	10	9	9	9	8	7	6
8	12	14	13	13	12 1/2	12	12	12	11
9	7	8	8	7 1/2	7	7	6 1/2	6 1/2	6
10	10	14	12	12	12	11	10	9 1/2	9
11	12	15	14	13	12	12	12	11	10
12	5	8	7	7	6 1/2	6	5	4 1/2	4
13	7	8	7 1/2	7 1/2	7 1/2	7	6 1/2	6 1/2	6
14	5	7	6	6	6	5 1/2	5	4 1/2	4
15	6	8	7	7	6 1/2	6 1/2	6	6	5 1/2
16	13	17	15	15	14 1/2	13 1/2	13	13	12 1/2
17	10	13	13	12	12	11	10	9	9
18	7	11	10	10	9	8	7	7	6 1/2
19	4	7	6	5	4 1/2	4	4	3 1/2	3 1/2
20	7	9	8	7 1/2	7 1/2	7	6 1/2	6 1/2	6
21	4	7	6	5	4 1/2	4	4	4	3 1/2
22	6	9	8	8	7	6 1/2	6 1/2	6	5 1/2
23	12	14	14	13	12 1/2	12	11	11	10 1/2
24	8	10	10	10	9	8 1/2	8	8	7
25	10	11	10 1/2	10 1/2	10	10	10	9	9
26	9	12	10	9 1/2	9	9	8 1/2	8	8
27	8	12	10	9	9	9	8	8	7
28	7	10	10	9	9	8	7	6 1/2	6
29	6	8	8	7	7	6 1/2	6	6	5
30	5	8	7	7	7	6 1/2	6	5	4 1/2

3.

All' avambraccio sinistro.

Stato normale della sensibilità.	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 0°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 10°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 20°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 30°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 36°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 37°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 38°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 40°
14	19	18	18	17	15	14	14	13
21	27	25	25	24	21	21	20	19
23	29	28	25	24	23	23	22	21
21	27	25	24	22	21 1/2	21	20	20
23	28	28	25	24	24	23	23	22
29	38	38	34	32	31 1/2	31	29	27
27	32	30	30	30	29	27	26	25
19	27	26	26	24	22	19	18	16
22	29	28	26	25	23	22 1/2	23	20
19	22	22	21	20	20	19	19	17
20	25	22 1/2	22	22	21	20	19	19
23	30	28	28	25	23	22 1/2	22 1/2	21 1/2
22	28	25	24	23	22	22	21	21
28	33	30	30	30	28	27 1/2	26	26
31	37	35	34	32	31	31	30	30
29	34	30	30	29 1/2	29	28 1/2	28	27
28	32	30	30	29	28	27 1/2	27	27
25	32	31	31	29	26	25	25	23
26	30	30	29	28	27	26	26	24
26	32	31	30	28	26	25	25	24
21	27	26	24	22	21	20	20	19
27	30	30	29	27 1/2	27	26 1/2	26	25
32	36	34	34	33	32	31 1/2	31	31
26	31	30	28	27	27	27	26	25 1/3
29	33	31	29 1/2	29 1/2	29	29	28	26
24	31	30	27	25	24	24	23	22 1/2
22	30	30	29	27	25	23	22	20
23	29	27	25	25	23 1/2	23	23	22
25	28	26	26	25	25	24	24	22
22	26	25	24	24	22 1/2	22	21	20 1/2

T

Al palmo della mano sinistra.

	Stato normale della sensibilità.	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 44°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 45°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 46°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 47°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 50°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 55°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione
1	6	5	4 1/2	4	5	6 1/2	8	9
2	5	5	4	4 1/2	5	7	7 1/2	8
3	9	8	7	7 1/2	8	10	11	11 1/2
4	4	3 1/2	3	3	3 1/2	4 1/2	5	6 1/2
5	11	10	9	8 1/2	10	12	12	14
6	7	6	4 1/2	4 1/2	5	7	8	9 1/2
7	8	7	7	6 1/2	7	8 1/2	9	11
8	3 1/2	3 1/2	3	3 1/2	4	5	5 1/2	6
9	4	4	3	3 1/2	4	5	6	6 1/2
10	6	6	5	6	6	8	8	9
11	5	4 1/2	4	5	6	6	6 1/2	7
12	7	7	6	7 1/2	7 1/2	8	9	9 1/2
13	9	8	8	7	7 1/2	9	9	10 1/2
14	8	8	7	7 1/2	8	9	9 1/2	10 1/2
15	11	10	10	9	10	12	12	13 1/2
16	4 1/2	4	4	3 1/2	4 1/2	5 1/2	6	9 1/2
17	7 1/2	7	6	6 1/2	7 1/2	8 1/2	9	10 1/2
18	11	10	9	8 1/2	9 1/2	11	12 1/2	14
19	8	7	6	7 1/2	8	8 1/2	9 1/2	11
20	4 1/2	4	3 1/2	4	5	5 1/2	6	7 1/2
21	6 1/2	6	5	6 1/2	7	8 1/2	8 1/2	10
22	5	4 1/2	4	3 1/2	4 1/2	5 1/2	7	7 1/2
23	7	6 1/2	6	6	7	8	8 1/2	9 1/2
24	9	8	6 1/2	7	8	9	11	13
25	8	7	6	7 1/2	8 1/2	9 1/2	10	11 1/2
26	4 1/2	4	3	3 1/2	4 1/2	5 1/2	6	7
27	6	5	4	4 1/2	5 1/2	7	7 1/2	9
28	11 1/2	10 1/2	9	9 1/2	10	12	12 1/2	14
29	10 1/2	10	8 1/2	9	10	11	12	14
30	7	6	5	4 1/2	6	7	8	11

C.

All' avambraccio sinistro.

Stato normale della sensibilità.	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 44°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 45°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 46°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 47°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 50°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 55°	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di acqua a 60°
22	20	20	20 1/2	27	28	28	29
15	15	13 1/2	13	14	17	17 1/2	19
27	26 1/2	25	25 1/2	28	28	29	31
23 1/2	23	21 1/2	22	24	25	25 1/2	28
31 1/2	30 1/2	30	28	30 1/2	32	32 1/2	34
30 1/2	30	28 1/2	28	29	29 1/2	32	35
25	24	22	23 1/2	25	27	28	31
17	16	15 1/2	14	16	18 1/2	21	23
19	18	17	16 1/2	18 1/2	21	24	26
24	22	21	22 1/2	26	26 1/2	28	29 1/2
26 1/2	25 1/2	25	24	24 1/2	27	29	29 1/2
31	30	27	27 1/2	28 1/2	31	34 1/2	37
37	34	32	32 1/2	35	40	42 1/2	45
24	22 1/2	21	20	22 1/2	25	28	31
29 1/2	29	27	26 1/2	28	31	34	37
22	20	19	18	20 1/2	22	25	28
26	24	22	23	27	27 1/2	29	31
33	30 1/2	30	32	34	38	38 1/2	39
38 1/2	37 1/2	36	36	38	41	44	46
21	19	17	16 1/2	19	22	25	28
19	18	15	16	18	22	23	25
19	17	14	15 1/2	18	21	23	24
25	23	20	21	27	27 1/2	29	33
24	22	19	20	23	25	28	31
31 1/2	30	27	25	28	31	34	38
32 1/2	30	27	27 1/2	29	33	34	37
18	15	13	14	19	21	24	26
31 1/2	30 1/2	28	28 1/2	31	34	37	37 1/2
24	20	20	19 1/2	21	26	27 1/2	28
19	17	14 1/2	14 1/2	17	21	27	28

Tavola *D*.

	Al palmo della mano sinistra.			*All'avambraccio sinistro.*		
	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di belladonna	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di laudano	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di belladonna	Stato della sensibilità dopo l'applicazione di laudano
1	4	5	6	14	19	18
2	7	9	8	21	30	28
3	9	11	11	20	24	26
4	9	10	11	34	38	40
5	11	13	14	40	50	48
6	8	11	10	16	22	21
7	3	4	5	13	18	19
8	11	13	13	23	27	28
9	4	7	6	17	21	25
10	7	9	8	19	25	26
11	9	12	11	27	38	35
12	6	8	9	19	21	23
13	6	8	7	23	32	30
14	6	9	8	21	27	25
15	7	9	9	19	25	24
16	9	11	11	25	29	31
17	5	6	7	21	29	27
18	11	14	13	32	38	41
19	7	9	10	26	38	35
20	6	8	10	19	31	28
21	10	11	10 1/2	29	34	37
22	8	10	9	28	34	37
23	4	5	6	17	19	22
24	7	8	9	19	28	29
25	9	11	10	32	43	41

TAVOLA *E*.

	Al palmo della mano sinistra.		*All'avambraccio sinistro.*	
	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione del senapismo	Stato normale della sensibilità	Stato della sensibilità dopo l'applicazione del senapismo
1	7	10	32	48
2	6	7	19	28
3	8	11	21	25
4	4	5	16	19
5	5	7	15	19
6	11	13	29	32
7	13	14	31	35
8	10	12	29	34
9	7	9	28	32
10	5	8	21	26
11	6	9	19	27
12	6	8	22	25
13	4	7	13	19
14	8	11	27	32
15	3	5	13	17
16	10	11	29	33
17	7	9	28	35
18	9	11	25	29
19	6	8	22	25
20	5	8	20	28
21	7	8	23	28
22	8	10	29	38
23	10	12	29	33
24	12	14	26	29
25	5	8	19	28

Prospetto clinico della R. Scuola di ostetricia in Milano diretta dal prof. *Pietro Lazzati* per l'anno 1866; *compilato dal dott.* **GAETANO CASATI**, 2.° *assistente alla medesima. — Anno quarto.*

È questo il quarto anno, nel quale pubblico il Prospetto Clinico della R. Scuola di Ostetricia in Milano, e la buona accoglienza che finora ricevettero questi lavori fanno sì che fiducioso mi riponga all'opera, sperando di far cosa gradita ai cultori della scienza ostetrica, che vi trovano larga messe di fatti pratici e di osservazioni cliniche raccolte al gran libro della natura sotto la direzione dell'egregio Professore Lazzati, cui mi legano stima grandissima e gratitudine perenne per le vaste cognizioni, onde sempre mi fu largo in ogni e qualunque circostanza. Ma prima di dare cominciamento alla esposizione clinica, mi credo in dovere verso tutti coloro, che mi leggeranno, di dire due parole del perchè nella redazione di questo Prospetto io mi sia alcun poco allontanato dalla via seguita negli antecedenti rendiconti, adottando cioè una strada più breve, più concisa, meno abbondante di osservazioni cliniche e di dettagliate storie, sicchè mentre negli altri trovansi una ricca raccolta ed esposizione di fatti pratici, in questo invece ve ne sarà solo un piccolo numero, e questo pure compreso entro brevi confini. A ciò fare spinsero il desiderio di non dilungarsi troppo, e l'idea, che mentre prima, trattandosi di una scuola retta da metodi e principii nuovi, abbisognava far conoscere colla pratica alla mano la giustezza e le buone riescite dei principii insegnati del Professore Lazzati, ora invece basta la esposizione sommaria di quanto avvenne, perchè non è che una riprova di quanto fu detto e fu scritto negli anni precedenti e di quanto giornalmente

viene insegnato e dimostrato. Per conseguenza ne risulterà anche assai minore la mole del lavoro, ma sarà desso non meno interessante e proficuo, perchè vi staranno compendiate le cose principali e più utili a conoscersi, come non vi mancherà, lo spero, nulla perchè non abbia a riescire insufficiente in alcune sue parti, o indegno di quelli che lo precedettero. L'ordine generale seguito sarà lo stesso, identiche le tre divisioni principali in gravidanza, parto, puerperio; forse qua e là si troveranno delle brevi digressioni, dei riepiloghi, dei confronti con quanto succedette negli anni precedenti, il che riescirà più dilettevole che il voler fare come negli scorsi anni narrazioni semplici, che se, come ho detto precedentemente, potevano farsi, anzi si richiedevano necessarie pei primi anni, ora penso non più doversi praticare, perchè ne manca la ragione principale.

Gravidanza.

Le gravide esistenti nell'Ospizio al 1.° gennajo 1866 erano 33, e 516 ne entrarono durante l'annata, formando così un complessivo numero di 549 donne gestanti, che richiesero la nostra assistenza; fra queste 478 partorirono, 21 tuttora gravide o ritornarono alla propria casa, o per speciali circostanze vennero trasferite allo Spedale Maggiore, e 50 rimanevano gravide nell'Ospizio alla mezzanotte del 31 dicembre 1866.

Le accettazioni suddivise a seconda dei mesi si effettuarono nel modo seguente:

Gennajo . . .	N.°	49	Luglio . . .	N.°	40
Febbrajo	»	40	Agosto	»	48
Marzo	»	50	Settembre . . .	»	48
Aprile	»	45	Ottobre	»	35
Maggio	»	37	Novembre . . .	»	38
Giugno	»	42	Dicembre	»	44

Totale N.° 516.

Da cui risulta che la massima accettazione si effettuò nel mese di marzo, la minima nell'ottobre, e in ordine decrescente starebbero i mesi di gennajo, l'agosto e settembre, l'aprile, il dicembre, il giugno, il febbrajo e luglio, il novembre ed il maggio, e questo risultato che punto non si accorda coi risultamenti avuti negli anni decorsi 1863, 1864, 1865, tranne pel mese di marzo negli anni 1865 e 1866, ci prova come non sia possibile fissare un dato certo, per poter dire in quali mesi, e per quali circostanze avviene presso di noi la massima affluenza di gestanti.

Come fu minore il numero delle accettazioni avvenute nel 1866 in confronto all'anno precedente, in cui si ebbero 555 accettazioni, così minore fu il numero delle donne gravide che si ammalarono, e questa cifra delle donne malate fu proporzionalmente inferiore anche calcolate le minori accettazioni; infatti nel 1865 sopra un totale di 601 gestanti, comprese le esistenti al primo gennajo, si ebbero 181 malate, mentre nel 1866 sopra un complessivo di 549 se ne ebbero sole 139. Ma siccome la proporzione loro diversificò a seconda dei mesi, così credo bene l'istituire il seguente prospetto, come già venne fatto nell'anno precedente, nel quale sinotticamente si trovano esposti i dati principali, cioè quante esistevano già malate nell'Ospizio, quante pervennero malate dalla propria casa, quante se ne ammalarono nell'Ospizio cogli esiti relativi.

Movimento generale delle gravide ammalate.

Mese	Esistenti	Entrate dalla propria casa	Entrate dalle gravide sane	Guarite	Passate fra le puerpere malate	Uscite dall' Ospizio	Morte	Rimaste
Gennajo. . .	5	3	9	8	2			
Febbrajo . .			6	8	2			
Marzo		3	5	4	6	2		
Aprile. . . .		6	4	4	3			
Maggio . . .		5	5	4	4			
Giugno . . .		5	12	13	7			
Luglio . . .		6	10	8	6	1		
Agosto . . .		4	7	5	6			
Settembre. .		6	11	8	7			
Ottobre . . .		2	6	6	4			
Novembre. .		3	6	6	3			
Dicembre . .		1	9	4	4	1		3
	5	44	90	78	54	4		3
		139				139		

Il decorso e la natura delle malattie anche quest' anno si può dire abbiano corrisposto presso a poco a quanto io già esponevo nel precedente mio Prospetto clinico nel 1865, cioè le affezioni da cause reumatizzanti nell' inverno, nel principio di primavera e alla fine dell' autunno, mentre di prevalenza si notarono le forme congestive al capo, e gli edemi, segnatamente parziali alle gambe, nei mesi caldi. Del resto, come si vedrà dalla tavola nosologica che or ora andrò esponendo, si notarono molte malattie delle gravide che certamente non provenivano da influenze cosmo-telluriche, perchè talune erano causate dallo stato di gravidanza, altre acquisite o abituali all' individuo che le portava e affatto indipendenti dalla gestazione.

Le precauzioni e le misure profilattiche di cui già ho parlato nel Prospetto Clinico pel 1865, quando fummo minacciati dal cholera-morbus, vennero pure subito messe in opera quest'anno alle prime avvisaglie del terribile male, e sebbene la nostra città non sia stata colpita che in due sole vittime, pure le misure adottate vennero continuate fino a che fu tolto ogni timore di manifestazione di questa malattia, in quanto nel nostro Ospizio potevano in allora accedere gestanti provenienti da un sito qualunque d'Italia, il che più non avverrà per le nuove regole di accettazione iniziate al principio dell'anno 1867.

Anche le misure addottate nello scorso anno 1865 vennero pure seguite nel 1866 allo svilupparsi di qualche caso di vajuolo, cioè il pronto trasporto della ammalata nell'apposito comparto presso lo Spedale Maggiore, e la rivaccinazione delle altre ricoverate, per cui non si ebbe alcun caso di trasmissione di tale malattia ad altre donne, come una pronta separazione delle scabbiose valse a far sì che in altre non si propagasse questa schifosa malattia.

Come ho detto, di diversa natura furono le malattie che colpirono le nostre gravide durante il decorso anno 1866, e tranne alcuni pochi casi, i quali specialmente erano legati allo stato di gravidanza, quali l'anasarca, l'eclamsia, l'emorragia cervico-placentale, il vomito infrenabile, l'edema polmonale, l'osteomalacia, gli altri non presentarono gravezza di sintomi, e cedettero sotto i sussidii di una terapia razionale e giusta. Ecco frattanto il quadro sommario delle malattie presentate da queste 132 gestanti.

Denominazione delle malattie	Numero delle gravide malate	Denominazione delle malattie	Numero delle gravide malate
—	—	—	—
Febbre reumatica	2	Eclampsia	4
Febbre intermittente	2	Edema senza albuminuria	10
Febbre gastrica	2	Edema con albuminuria	7
Febbre miliare	1	Anasarca senza albuminuria	3
Congestione cerebrale	11	Edema polmonale	1
Pletora uterina	2	Osteomalacia	3
Bronchite	19	Asma	1
Bronco-polmonite	1	Forme veneree e sifilitiche	16
Angina tonsillare	1	Vomito incoercibile	1
Gastrite	2	Eczema alle mammelle	2
Enterite	3	Eczema sparso	1
Mastite	2	Vajuolo	1
Diarrea	6	Scabie	2
Dissenteria	1	Varici	4
Tubercolósi	4	Piaghe	1
Podartrocace destro	2	Congiuntivite reumatica	2
Patereccio	2	Emorragia cervico-placentale	4
Cardiopatia	1	Melanconia	2
Cloro-anemia	2	Metrorragia	1
Isterismo	3	Pellagra	1
Epilessia	3		—
	—		67
	72		

Totale N.° 139.

Tra queste diverse affezioni morbose, di cui talune tennero decorso assai breve per l'indole stessa della malattia, o perchè, sviluppatesi poco prima del parto, cessarono nei primi giorni del puerperio, non trovo molto a dire. Epperò mi limiterò ad accennare solamente di alcune che giudico le più importanti, seguendo nella esposizione loro l'ordine con cui vennero registrate nella tavola nosologica.

I due casi di *mastite*, che interessavano la mammella sinistra, passarono entrambi all' esito della suppurazione, che richiese l' incisione col bistorì, e l' uso di continuati cataplasmi, mantenendosi tuttora la malattia all' epoca del parto, come giornalmente e quasi sempre si osserva nelle mastiti, che si sviluppano in gravidanza, segnatamente poi negli ultimi mesi.

Il *podartrocace destro*, susseguito a caduta o piuttosto ad improprii maneggi fatti da una donna *aggiusta-ossa* allo scopo di ridurre una lussazione, che forse in origine non esisteva, affiggeva una giovane (N.° 202) di 33 anni, di aspetto delicato, gracile, di temperamento linfatico, già altre volte madre, la quale ci provenne in corso di tabe dallo Spedale Maggiore, dove era stata ricoverata qualche mese prima per la malattia al piede. Durante la sua dimora in questo comparto ostetrico (giorni ventotto) si manifestarono a varie riprese esacerbazioni di processi flogistici locali, risipole alla coscia e gamba corripondente, accompagnate a flemmoni parziali, a febbri remittenti, a smagrimento progressivo e rapido della gestante, per cui vedendosi lo stato di questa misera donna sempre più aggravarsi, sia nelle condizioni generali, come nelle locali, e temendo che anche lo stato di gravidanza contribuisse a peggiorare la malattia coll' edema che si era andato formando nell'arto inferiore destro, e per la remora di sangue causato dalla pressione dell'utero gravido, si decise il Professore di passare alla provocazione artificiale del parto alla fine dell' ottavo mese mediante la siringa elastica introdotta fra l' utero e le membrane: il parto si effettuò naturalmente e facilmente e nacque un bambino di sesso masoolino, vivo e sano, che passò al Luogo Pio degli Esposti. In seguito la donna si mostrò un pò più calma, in quanto prima, essendo di squisita sensibilità fisica e morale, era continuamente cruciata dal pensiero del parto e del bambino

che portava in grembo: in 6.ª giornata dal puerperio persistendo il podartrocace, e progredendo il marasmo, venne trasferita in una sala chirurgica dello Spedale Maggiore, dove ci consta morì qualche mese dopo.

La *eclamsia* in donne gravide si manifestò quattro volte, e ne formarono soggetto le iscritte ai N.º 491 del 1865, 117, 200 e 472 del 1866; diremo brevemente due parole di queste quattro donne.

La iscritta al N.º 491, d'anni 22, presentavasi con gravidanza gemellare, anasarcatica, ma senza albumina nelle orine; dimorava nell'Ospizio dal 13 novembre 1865, quando il giorno 17 febbrajo 1866 verso le ore 7 pomeridiane si destò travaglio di parto, avvenendo subito la rottura della borsa. Ma il travaglio progrediva lento per contrazioni irregolari e poco espulsive, per cui alle 10 antim. del 18 venne salassata, avendosi dilatazione di un pollice della bocca uterina e la testa fetale impegnata all'apertura superiore in 2.ª posizione dell'occipite; ciò nonostante il parto non progrediva ed anzi verso le 2. $^{1}/_{2}$ pom. sussistendo le stesse condizioni si ripetè il salasso, ma con poco giovamento. Verso le 5 pomeridiane compare un primo accesso eclamsico, ed essendo allora dilatata quasi completamente la bocca uterina, si estrae col forceps il primo bambino, sperando si sospendessero gli accessi. Così fu, ma il parto non progrediva ed il 2.º bambino che pur si presentava per l'occipite ma in 1.ª posizione non avanzava nel canale pelvico, laonde temendo si rinnovasse l'eclamsia per la durata del travaglio (ore 8. $^{1}/_{2}$ pom.) si estrae anche questo col forceps. Il primo era un maschio, il secondo una femmina, ambedue vivi e bene sviluppati. Il secondamento fu pronto. Ma un'ora circa dopo l'operazione comparve un 2.º accesso eclamsico, però breve, accompagnato ad emorragia consecutiva da inerzia, che cedette ai soliti mezzi. Erano svanite le conseguenze della eclamsia, quando una febbre puerperale ribelle ad ogni cura la tolse di vita alle ore 5 $^{1}/_{4}$ antim. del 23 febbrajo. L'autossia rilevò i soliti esiti della peritonite, nessuna alterazione ai reni. Si notò che questa donna, la quale non avea mai avuto albumina nelle urine

durante la gravidanza, sebbene anasarcatica, la presentò in sopraparto e fino al 3.° giorno di puerperio.

La seconda osservazione si riferisce ad una epilettica, che trasferitaci dall' Ospedale Maggiore in travaglio di parto, presentò dopo essere qui giunta due accessi di eclamsia bene decisi: presentandosi il bambino colla estremità cefalica e procidenza del cordone ombelicale (occipite 1.ª posizione) si estrasse col rivolgimento, tuttora vivo. Dopo il parto si rinnovò un 3.° accesso, e quindi sopraggiunto delirio clamoroso e pericoloso venne trasferita alla sala deliranti dello Spedale Maggiore il giorno stesso (13 marzo) verso le 4 pomeridiane, cinque ore dopo la operazione; questa donna era gravida per la 7.ª volta, non aveva edema e mancava l'albumina nelle orine.

Più grave ci si offerse la eclamsia nella iscritta al N.° 200, che primipara edematosa agli arti inferiori, albuminurica in alto grado, fu còlta tuttora gravida nel corso del 7.° mese da un primo accesso eclamsico, susseguito in breve corso di tempo da altri due, sebbene salassata e applicato il ghiaccio al capo. In seguito si destò travaglio di parto, e sia per facilitarlo, sia per tentare di sospendere gli accessi, si passò alla rottura artificiale della borsa, ma inutilmente, perchè nello spazio di dieci ore erano sopravvenuti 17 accessi. Appena la bocca uterina il permise, si passò alla estrazione del bambino settimestre col forcipe. Ma il male non cessò; altri dieci accessi si mostrarono dopo il parto, persistendo un continuo coma, ed alle ore 10. $^{3}/_{4}$ antim. del 22 maggio, cioè sei ore dopo lo sgravio, sebbene si ricorresse a cacciate di sangue, vescicanti, senapismi, ecc., cessava di vivere. La autossia non valse a spiegare la morte avvenuta per eclamsia: i reni presentaronsi congesti.

L' ultimo caso ci venne offerto dalla iscritta al N.° 472, primipara, anasarcatica ed albuminurica. Sopraggiunse il primo accesso primachè si manifestasse travaglio di parto, che si dichiarò poco dopo: ebbe subito un salasso ed il ghiaccio al capo, poi sanguisughe, ed ammoniaca internamente: si notarono 17 accessi eclamsici dalle ore 10 antim. alle 11. $^{1}/_{4}$ pom. in cui

fu possibile estrarre il bambino col forcipe: altri due accessi si mostrarono subito dopo l'operazione. In seguito il puerperio fu disturbato da ingorgo con edema polmonale e da tiroidite che minacciava passare a suppurazione, per cui tredici giorni dopo il parto fu trasferita allo Spedale Maggiore. Le orine cessarono dallo essere albuminose in 4.ª giornata.

Riepilogando queste quattro osservazioni troviamo che:

1.º tre erano primipare, edematose, albuminuriche; una gravida per la 7.ª volta ma epilettica dall' infanzia, e quanto sia facile il tramutarsi della epilessia in eclamsia nelle gravide e partorienti non è necessario il dimostri;

2.º in due l'eclamsia si manifestò prima che si dichiarasse travaglio di parto, che vi sussegui subito dopo, in due in sopraparto;

3.º in tutte e quattro si ricorse alla terapia antiflogistica, ai rivellenti, alla liberazione artificiale col forceps in tre, col rivolgimento in un caso;

4.º in un caso si tentò con vantaggio anche la ammoniaca, che non valse in altro caso;

5.º si notò un caso di gravidanza gemellare, e tre di gravidanza semplice;

6.º gli esiti avuti in queste donne furono la cessazione completa della eclamsia in tre, mentre in una sola fu causa di morte, in quanto nelle altre sopraggiunse o la febbre puerperale, che le tolse di vita, o la tiroidite suppurata, o il delirio che necessitarono il trasporto allo Spedale Maggiore.

7.º Dei bambini, tre vennero estratti vivi, due morti.

Già abbastanza mi dilungai nei miei precedenti Prospetti clinici e in altro mio lavoro intorno a questo argomento, perchè ora mi voglia ancora arrestare in proposito; piuttosto parlerò di altre malattie che, proprie della gravidanza, presentarono interesse dal lato ostetrico e richiesero la nostra assistenza.

Emorragia cervico-placentale. Quattro volte fu dato di osservare questa anormale inserzione della placenta sul segmento inferiore dell'utero, sempre centrale, e ci venne offerta dalle ricoverate 97, 188, 205 e 260; pluripare, entrate tre in sopraparto ed una cinque giorni prima, perchè già visitata ripetutamente da emorragie ricorrenti od abbondanti; in tre si premise il tamponamento praticato o al loro domicilio o nell'Ospizio, e si ultimò il parto sempre artificialmente col rivolgimento appena la bocca uterina il permetteva; due volte accadde nel corso del settimo mese, una volta nell'ottavo mese, ed una volta nel nono mese; si estrassero tre bambini vivi ed uno morto, ma quest'ultimo era mostruoso per idrocefalia, spina bifida ed incompleto sviluppo di alcune parti del corpo. In tutte sussegui all'estrazione emorragia arrestata colla segale cornuta, ghiaccio, ed injezioni acidulate, ed il puerperio in una fu regolare, in altra morboso per febbre miliare, ed in altra per cistite, che già l'avea travagliata antecedentemente, e di cui guarì, nella quarta per febbre puerperale che fu letale. In nessuna fu causa diretta di morte la cattiva inserzione della placenta, e questo buon risultato devesi ascrivere alla regola sanzionata dalla lunga e felice esperienza del Professore Lazzati di passare subito al tamponamento appena la perdita sanguigna dimostra trattarsi di questo pericoloso accidente, facendovi tener dietro la estrazione del bambino e lo svuotamento dell'utero, quando destatesi le contrazioni uterine, la bocca della matrice permette la introduzione della mano per la versione e successiva estrazione del bambino. Seguendo questa via si poterono ottenere tali risultamenti abbastanza soddisfacenti per le madri e pei bambini.

La *osteomalacia,* che pure avvenne di riscontrare in tre donne, merita che io vi spenda alcun tempo, perchè due volte presentò indicazioni ad atti operativi; ne formarono substrato le inscritte ai numeri 237, 282 e 396. Prove-

nienti queste tre donne da paesi affetti da miseria, sofferenti fin nella alimentazione, due erano pluripare ed una primipara, il che è ben raro ad avvenire: in tutte e tre si notavano deformazioni nello scheletro e segnatamente nella pelvi, ma quella che ci offeriva le maggiori deformità era la iscritta al N. 396.

La ricoverata n.° 237 viziata nel diametro retto dell'apertura superiore, ridotto a pollici 3.2 = 0m,086, svegliatosi il parto spontaneamente nel corso dell'8.° mese di gestazione, essendosi fatto procidente il cordone ombellicale colla presentazione dell'occipite 1.ª posizione, fu liberata mediante il rivolgimento ed il puerperio decorse morboso per miliare, cui si associava la preesistente osteomalacia, per il che fu in seguito trasferita allo Spedale Maggiore.

Nella ricoverata N. 282, gravida per la 5.° volta, si provocò il parto al principio del 9.° mese di gestazione, in quanto la preesistente viziatura pelvica andava rendendosi sempre maggiore col progredire della gravidanza e già all'epoca della provocazione del parto aveasi il diametro retto dell' apertura superiore ridotto a pollici 2. 11 = 0m,079, diminuiti considerevolmente gli spazii sacro-cotiloidei, e la distanza fra le tuberosità ischiatiche. Il parto si compì naturalmente e facilmente 15 ore e mezzo dopo la introduzione della siringa elastica entro la cavità uterina e la contemporanea rottura della borsa, contro cui avea urtato la siringa appena introdotta. Il puerperio fu regolare, e la donna che prima del parto quasi non poteva reggersi in piedi, otto giorni dopo camminava da sè per le sale delle puerpere.

Più importante fu il caso presentatoci dalla ricoverata n.° 396. Questa donna, d'anni 34, avea avuti tre parti naturali facili a termine di gestazione, sebbene qualche dolore alle ossa del bacino avesse cominciato a soffrire nella 1.ª gravidanza, nella quarta risentì maggiori i dolori alle ossa, segnatamente della pelvi, che andò deformandosi in modo che, entrata nel settembre 1862 in questo Ospizio, destatosi spon-

taneo il travaglio, fu operata di rivolgimento: in allora già si notavano deformazioni nella pelvi, essendo il diametro retto della apertura superiore ridotto a tre pollici = $0^{m},081$, con incipiente depressione nelle pareti cotiloidee. Si sospese in puerperio l'osteomalacia, finchè di nuovo gravida nel 1865, questa ricomparve, ma fortunatamente svegliatosi il parto nel corso del 7.° mese, si compì naturalmente e facilmente; ben diversa però doveva decorrere la bisogna nella sua 7.ª gravidanza, cioè l'attuale.

I dolori e la malattia delle ossa, che aveano fatto tregua durante il tempo in cui non era stata gravida, sebbene ad intervalli si mostrassero metrorragie più o meno abbondanti, si rinnovarono maggiori in questa gravidanza, e la deformazione della pelvi non solo, ma di tutto lo scheletro, andò rapidamente progredendo, in modo che di conseguenza vennero disturbi all'apparato circolatorio e respiratorio, per cui cercò ricovero in questo Ospizio, dove giunse in tale stato da far quasi dubitare ad ogni istante di sua esistenza. Ischeletrita, con dispnea ricorrente, tosse, difficoltà al parlare, voce rauca, impossibilità a qualunque movimento, che le riesciva eziandio causa di atroci dolori, i quali si esacerbavano al più piccolo palpamento, vedevasi talora farsi cianotica o livida in volto, con minaccia di soffocazione.

In questo stato allarmante e pericoloso decorse il breve tempo che rimase fra noi, ed anzi ogni giorno più andava aggravandosi nelle condizioni generali per l'impedito circolo sanguigno, e per le deformazioni della pelvi e dell'ossatura in generale, che crescevano in questa misera donna, per cui il Professore si decise di provocarle il parto, sebbene appena nel corso del sesto mese. Qui l'indicazione proveniva non già dalla viziatura pelvica, ma sibbene dallo stato generale gravissimo della donna, che faceva ad ogni istante temere de' suoi giorni, e che era inerente allo stato di gestazione (osteomalacia che progrediva rapidamente, impedito circolo da pressione dell'utero gravido, dalla deformazione generale dello scheletro, e particolarmente delle pareti ossee del torace, conseguenza del rammollimento delle ossa): permettendolo gli orificii, si praticò la puntura delle membrane: ma appena destatesi le contrazioni ute-

rine sembrò ancora più aggravarsi lo stato generale, la dispnea era continua, talora facevasi vera ortopnea, cianosi ricorrenti e gravi, ambascia continua, perfrigerazioni generali, segnatamente agli arti, ecc., finalmente 38 ore $^{1}/_{2}$ dopo la puntura della membrane compivasi naturalmente il parto colla nascita di bambino morto semestre, che si era presentato per le natiche 2.ª posizione.

Al parto susseguì una breve ed illusoria calma, perchè ripresi poco dopo gli stessi fenomeni di impedita circolazione, cessava di vivere 27 ore dopo lo sgravio. La autossia non rilevò nulla di notevole al capo; la cavità toracica era assai angusta, schiacciata ai lati, lo sterno prominente in avanti assumeva la forma della carena di una nave, edemazia e congestione passiva polmonale, mucosità nei bronchi, ipertrofia concentrica del cuore, ingorgato di sangue nella sua parte destra.

Al ventre nessuna anomalia. Tutto lo scheletro era deformato in modo considerevole: nella colonna vertebrale notavansi cifosi alla parte superiore della porzione dorsale, scoliosi alla parte mediana ed inferiore dorsale, lordosi alla regione lombare: la pelvi presentavasi triangolare alla apertura superiore: il diametro retto superiore utilizzabile era di pollici 1. 7 = $0^{m},043$, sporgentissimo il promontorio sacrale: lo spazio fra questo e la parete cotiloidea destra, era di pollici 1,6 = $0^{m},041$ e di pollici 1, 4 = $0^{m},037$ dalla parte sinistra, deforme pure la apertura inferiore. E come prova della fragilità somma delle ossa stava una frattura a sghembo del femore destro, causata nel muoverla pel letto, mentre si passava alla rottura spontanea della borsa.

Questa donna ci offrì uno degli esemplari più mirabili delle conseguenze tristi che può portare la osteomalacia per sè stessa colla deformazione pelvica e per le altre conseguenze che, provenienti dalla medesima malattia delle ossa, quando si estende a tutto lo scheletro, apporta agli apparati circolatorio e respiratorio. Qui infatti abbiamo avuto le frequenti dispnee, che aumentavano col progredire della gestazione, l'utero che tutto fuori della

pelvi comprimeva i vasi addominali e pelvici, onde le edemazie agli arti, la conseguente ipertrofia di cuore, che in questo caso va considerata quale una necessaria conseguenza dell'impedito circolo, perchè il cuore dovendo fare maggiori sforzi per cacciare il sangue ai polmoni ed a tutto il corpo, necessariamente doveva aumentare di azione, donde un maggiore suo sviluppo. La edemazia e la congestione passiva dei polmoni ci si mostrano pure quali derivazioni di questo generale stato di irregolare ed insufficiente circolazione, cui non valse a ristabilire lo svuotamento artificiale dell'utero. Questo caso per noi è una delle prove più potenti e chiare dei disturbi che la gravidanza può arrecare colla osteomalacia giunta ai suoi gradi estremi, disturbi che non solo si devono riferire alla alterazione delle ossa pelviche, ma sibbene alle conseguenze che ne ponno derivare all' intero organismo, e per questo abbiamo creduto bene il soffermarci più di quanto forse avevamo prestabilito sul principio. Generalmente la osteomalacia viene studiata solo dal lato essenzialmente ostetrico: la pelvi colle deformità che ne conseguitano, ecco quanto troviamo nei libri di ostetricia, ma poco o nulla vi si dice delle conseguenze che ne derivano all'intero organismo, e se noi studiamo un certo numero di donne osteomalaciche, vediamo che quanto più la malattia progredisce, altrettanto vanno di pari passo crescendo i disturbi generali, e da questi e non dalle sole alterazioni del bacino deve l' ostetricante trarre indicazioni ad atti operativi. Quanto forse non può essere giustificato dalla viziatura pelvica, molte volte lo diventa dalle condizioni generali dipendenti dalla stessa gravidanza, e se noi trascorriamo i Prospetti clinici degli anni precedenti, vediamo come alla osteomalacia altre volte si combinarono disturbi agli apparati circolatorii e respiratorii apportati dalla gravidanza stessa, per cui si passò a provocazioni di parto, ad atti operativi diversi.

E poichè il discorso ci condusse a parlare delle alterazioni di circolo e di respiro, che la gravidanza induce nelle donne, credo conveniente il far notare, come raramente si presentino presso di noi quelle gravi alterazioni, che sono un vero portato di questo stato, e tali da mettere a pericolo la vita delle nostre ricoverate. Fra noi generalmente ricorrono donne sane, robuste, nel fior degli anni e della salute, e per conseguenza troviamo annotate poche affezioni che sieno realmente ripetibili dalla gravidanza (edemi, anassarca, ecc.). Questi disturbi nei pochi casi avuti cessarono tutti col cessare della gravidanza e nei primi giorni del puerperio, ed anche la albuminuria prontamente svaniva collo svuotarsi dell'utero, come già ebbi occasione di far notare più dettagliatamente negli scorsi anni.

Un *vomito infrenabile* si mostrò nella ricoverata N. 485:

Secondipara, d'anni 27, entrava nell'Ospizio il giorno 10 dicembre 1866; di aspetto delicato e gracile, raccontava come l'attuale gravidanza, incominciata nell'aprile, avesse sempre passato con disturbi di stomaco e segnatamente con vomito quasi infrenabile, per cui già a casa sua avea subìto diversi trattamenti (sanguisughe, revellenti, rimedii interni, ecc.) senza averne giammai ritratto deciso vantaggio; per qualche giorno il vomito sembrava cessato, quindi riprendeva con maggiore forza, e nel frattempo si notavano in lei un progressivo smagrimento ed un indebolirsi di tutta quanta la persona, per cui si era decisa di riparare in questa clinica. Prima dello stato di gravidanza non avea mai sofferto di vomito, e la salute, sebbene non floridissima, pure le avea permesso di attendere alle occupazioni sue di servente.

Come ho già detto, al suo ingresso mostravasi deperita sensibilmente, occhio languido ed incavato, volto pallido e sofferente, polsi sempre bassi, talora frequenti e febbricitanti, dolori quasi continui all' epigastrio, lingua sudicia, malinconia continua, vomito ricorrente. Si tentarono nell'Ospizio il magistero di

bismuto, il bicarbonato di soda, gli oppiati, i nervini, i revellenti, la dieta svariata, tutto inutilmente: il vomito facea qualche breve tregua, poi ricompariva forse maggiore, certo di maggiore azione sulla gestante, anzi verso la fine di dicembre si fece esso tanto grave, da mettere in gran pericolo la vita della ricoverata, che per soprappiù era anche affetta da forme sifilitiche al pudendo, per cui si usò qualche rimedio locale; la tabescenza aumentava. Per tutto ciò il Professore, pensando che forse così abbandonata a sè la gravidanza, la donna non avrebbe assai probabilmente potuto sopravvivere, e con essa avrebbe corso un pericolo sicuro anche il bambino, decise di provocare artificialmente le doglie del parto. Infatti dopo due giorni di un vomito ostinatissimo, che si ripeteva a brevissimi intervalli e con sempre crescente forza, sicchè non una goccia di acqua veniva tollerata da questa povera donna, il Professore si decise di passare alla provocazione del parto, qualora continuasse ancora per qualche giorno, come diffatti avvenne, e sebbene passasse alla puntura delle membrane il 1.° gennajo 1867, pure lo accenno qui in quanto i fatti principali riferibili a questa gestante si svolsero nel 1866. Otto ore dopo praticata la puntura, si effettuava naturalmente e facilmente il parto, essendosi il bambino presentato per l'occipite 1.ª posizione: il neonato era sano, non molto sviluppato, di circa mesi otto e mezzo, di sesso mascolino, e pesava grammi 2600. In puerperio cessò il vomito, ma vi fu febbre miliare con delirio, per cui in 15.ª giornata venne trasferita allo Spedale Maggiore.

Dei Parti.

Il numero totale dei parti avvenuti nel 1866 fu di 478, di cui 424 si osservarono in donne, che da un certo tempo più o meno lungo dimoravano nell'Ospizio, e 54 in donne entrate in travaglio di parto. Quindi ne risulta che nel complesso si ebbe un numero di parti molto inferiore che negli scorsi anni 1863 (n.° 507), 1864 (n.° 554) e 1865 (n.° 535).

Divisi i parti a seconda dei mesi in cui avvennero avremmo:

Gennajo	N.	37.	Luglio	N.	32.
Febbrajo	»	35.	Agosto	»	37.
Marzo	»	55.	Settembre	»	47.
Aprile	»	42.	Ottobre	»	45.
Maggio	»	45.	Novembre	»	26.
Giugno	»	42.	Dicembre	»	35.

Totale. N. 478.

Dove troviamo il massimo dei parti avvenuto nel marzo come nel 1863 e colla stessa cifra di 55, a differenza di quanto occorse nel 1864 e 1865, ma crediamo ciò effetto piuttosto del caso, che di circostanze speciali, nè ci appoggiamo a ciò per poterne trarre conseguenze statistiche, nè rintracciamo la vera causa, per dire quali sieno i mesi più fecondi dell'anno. Come fatto costante troviamo però che i primi sei mesi dell'anno ci diedero sempre un numero maggiore di parti che gli ultimi sei: infatti nel 1.° semestre del 1863 si ebbero parti 265, nel 2.° semestre parti 242; nel 1.° semestre 1864 parti 294, nel 2.° semestre 260; nel 1.° semestre 1865 parti 276, nel 2.° semestre 259; nel 1.° semestre 1866 parti 256, nel 2.° semestre parti 222. Per il che si potrebbe moverci la domanda, se tale fatto provenga dall' epoca della fecondazione delle donne, se, cioè, corrisponda ad un maggior numero di concepimenti nei mesi di aprile, maggio, giugno, luglio, agosto e settembre, o debbasi piuttosto attribuire al maggior numero di donne, che entrano nell'Ospizio per isgravarsi, semplicemente per la ragione che vi ha più miseria, o mancanza di lavoro al difuori.

Infatti queste cifre non concorderebbero perfettamente con quanto si osserva comunemente nel nostro paese. Se noi consultiamo l' ultimo lavoro: « Statistica del Regno d' Italia. Movimento dello stato civile nell' anno 1864 », pubblicato per cura del Ministero di agricoltura e com-

mercio, troviamo che le nascite riescirono più numerose in gennajo, cui tennero dietro il febbrajo ed il marzo, mentre il giugno fu il mese più sterile, il che troverebbe la sua spiegazione rimontando all'epoca dei concepimenti, che sarebbero avvenuti nell'aprile, maggio e giugno, i quali sono i corrispondenti al gennajo, febbrajo e marzo. In quei mesi, come giustamente osserva il citato libro, le forze produttive della natura sono nel massimo rigoglio, mentre al giugno corrisponderebbe per la minima dei concepimenti il settembre, il quale come è il mese del massimo esaurimento di ogni attività vegetale, così tale si mostra in riguardo al mondo animale. E questo avvenne anche in Francia, e si osservò pure negli anni addietro in Firenze, consultando i registri battesimali dal decimoquinto secolo infino a noi, dove si trovò che i mesi più fecondi furono l'aprile, il maggio, il giugno, più sterili il settembre e l'ottobre. Abbisogna quindi che circostanze speciali, tra le quali ripongo la fredda stagione, la mancanza di alimentazione ed altre che non occorre accennare, facciano sgravare più donne nel nostro Ospizio nel primo semestre dell'anno anzichè nel secondo.

Riguardo al numero di gravidanze offerte dalle nostre ricoverate, la cifra maggiore venne rappresentata dalle primipare, cui susseguirono le gravide per la seconda volta; una sola donna si mostrò gravida per la 13.ª volta. L'età delle nostre ricoverate oscillò fra i 16 e di 43 anni. Bastino questi brevi cenni in luogo delle lunghe e dettagliate tavole presentate negli scorsi anni, in quanto essendo le risultanze complessive pressochè eguali, mi credo autorizato ad ometterle, ed a porgere all'incontro ai lettori una idea sommaria di quanto avvenne di più interessante.

Considerando i parti secondo l'opera di gestazione, il modo di effettuazione, il numero dei feti, avremmo:

Parti n.° 478.						
Epoca in cui avvennero		abortivi . . .	n.°	8		478
		prematuri . . .	»	59		
		maturi	»	411		
Modo di effettuazione.	naturali	facili . .	n.°	423	437	478
		difficili . . .	»	14		
	non naturali	manuali . .	»	18	41	
		istromentali.	»	23		
Numero dei feti . . .		semplici	»	466		478
		composti (bigeminali)	»	12		

Da cui risulta, confrontando questi risultamenti con quelli notati nel 1865, un maggior numero di parti abortivi e gemelli, un minor numero di prematuri e di naturali difficili, un'eguale cifra di parti non naturali.

Riguardo poi alle presentazioni e posizioni, si ottiene il seguente prospetto, che poco diversifica dai precedenti riguardo alle proporzioni.

Presentazione n.° 490				
Occipite		1.ª posizione (cervico-iliaca sinistra)	n.°	325
		2.ª posizione (cervico-iliaca destra)	»	126
Natiche		1.ª posizione (sacro-iliaca sinistra)	»	18
		2.ª posizione (sacro-iliaca destra) .	»	11
Spalla	sinistra	1.ª posizione (cefalo-iliaca sinistra)	»	—
		2.ª posizione (cefalo-iliaca destra) .	»	3
	destra	1.ª posizione (cefalo-iliaca sinistra)	»	—
		2.ª posizione (cefalo-iliaca destra) .	»	1
Faccia		1.ª posizione (fronto-iliaca sinistra)	»	3
		2.ª posizione (fronto-iliaca destra) .	»	3

Giusta la pratica seguita negli scorsi anni, faremo ora susseguire la tavola dimostrante le ore di travaglio impiegate dalle donne che si sgravarono naturalmente durante il 1866; distinte le primipare dalle pluripare, vi sono comprese, come per l'addietro, solo quelle che ebbero parti naturali, sieno dessi stati facili o difficili, escludendosi tutti i parti non naturali manuali od istromentali, in quanto l'andamento di essi non sembra tale, per cui potessero essere compresi in questa tavola.

Primipare		Pluripare	
Ore di travaglio	Numero delle donne che partorirono	Ore di travaglio	Numero delle donne che partorirono
1	1	1	1
2	1	2	14
3	5	3	16
4	17	4	24
5	24	5	25
6	18	6	19
7	28	7	23
8	34	8	9
9	24	9	8
10	20	10	15
11	16	11	6
12	15	12	6
13	12	13	8
14	16	14	5
15	6	15	2
16	3	16	3
17	6	17	7
18	3	18	1
19	2	19	1
20	—	24	1
21	3	26	1
22	1	28	1
23	1	29	1
24	1	36	1
25	1	37	1
26	2	44	1
27	—		
28	1		
29	1		
30	1		
32	2		
58	1		

Dei parti abortivi e prematuri. — Come si vide, 8 furono i parti abortivi e 59 i prematuri, e si effettuarono una volta nel 4.o mese, un'altra volta nel 5.°, sei nel 6.°, quindici nel 7.°, e quarantaquattro nell'ottavo. Premesso che diciotto parti (uno abortivo e diciassette nell'ottavo mese) vennero provocati ad arte (vèdi l'apposito paragrafo), ne risultano 49 pei quali è importante ricercare la causa dello spontaneo destarsi innanzi tempo delle doglie del parto. Per dieci fu impossibile rintracciare la causa ocsitocica, sebbene da un certo lasso di tempo dimoranti nell' Ospizio; altre sette entrarono nella Clinica già in travaglio di parto e per esse pure la anamnesi fu imperfetta o affatto nulla. Fra le altre troviamo che otto erano sifilitiche, due erano state affette in gravidanza da congestione cerebrale, che richiese salassi ed altri rimedii interni, in cinque vi era gravidanza gemellare, una era ammalata di bronchite, una di cloro-anemia, una di anassarca accompagnante la gravidanza composta, tre con emorragia cervico-placentale, due di eclamsia, una di tubercolósi in terzo stadio, una di diarrea, una di osteomalacia, una di sifilide con gravidanza gemella, un'altra di sifilide con diarrea, una di diarrea con anassarca, una di pellagra, e due ammalarono in gravidanza di vajuolo. La placenta, tranne nei casi di anormale inserzione già indicati, non si mostrò causa di parto abortivo o prematuro con sue speciali alterazioni patologiche.

In questi 67 parti si ebbero 74 presentazioni, in quanto, come si è visto, vi furono 7 gravidanze gemelle, e si trovò presentato l'occipite in una prima o seconda posizione 54 volte, le natiche 17 volte, e la spalla tre volte, per cui confrontando queste cifre con quelle dei parti a termine, nelle quali si ottenne 397 volte l'occipite, 12 volte le natiche, una volta la spalla, e 6 volte la faccia, avressimo nei parti abortivi o prematuri, che giammai si presentò la faccia, e che le presentazioni

delle natiche e della spalla si incontrarono in una proporzione maggiore che nei parti a termine. Infatti pei parti innanzi tempo la proporzione della presentazione delle natiche sarebbe di 17 su 74, o del 22,9 per 100, ossia di 1 su 2,3, e della spalla di 3 su 75 o di 4,05 per 100, o di 1 su 24,4, mentre pei parti a termine si avrebbe per le natiche la proporzione di 12 su 416, o 2,8 per 100, ossia 1 su 39,5, e per la spalla di 1 su 416, ossia 0,2 per 100. Le quali proporzioni quasi identiche coi risultamenti ottenuti negli anni precedenti, ci dimostrano indubbiamente una maggiore frequenza della presentazione delle natiche e della spalla nei parti abortivi o prematuri, in confronto a quella dell' occipite, mentre succede il contrario nei parti a termine.

Parti gemelli. — Dodici furono i parti gemelli, cifra che dimostra la frequenza di questa gravidanza composta, avendoci fornito più del due per cento, il che supera le proporzioni ammesse dagli autori.

Seguendo poi la regola adottata negli anni precedenti, ho racchiuso entro un quadro sinottico quanto può interessare in questi dodici parti gemelli.

della ricoverata	Età — Anni	Numero delle gravidanze	Epoca di gravidanza	Genere e specie di parto	Modo di effettuazione del parto	Tempo trascorso tra la nascita del 1.° e 2.° bambino	Neonato — Sesso	Neonato — Vivo o morto
91/865	22	1.ª	a termine	Occipite 2.ª posiz. Occipite 1.ª posiz.	Forcipe Forcipe	Ore 2 ³/₄ —	Masch. Femm.	Vivo Vivo
37/865	35	9.ª	a termine	Natiche 2.ª posiz. Occipite 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Mezz'ora —	Femm. Femm.	Vivo Vivo
24	26	2.ª	a termine	Occipite 2.ª posiz. Natiche 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Un quar- to d'ora	Masch. Femm.	Vivo Vivo
46	37	10.ª	ottimestre	Occipite 1.ª posiz. Natiche 2.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Un quar- to d'ora	Femm. Femm.	Vivo Vivo
131	22	1.ª	a termine	Occipite 2.ª posiz. Natiche 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Un quar- to d'ora	Masch Femm.	Vivo Vivo
145	16	1.ª	settimestre	Natiche 1.ª posiz. Natiche 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Mezz'ora —	Femm. Femm.	Vivo Vivo
157	36	3.ª	ottimestre	Occipite 2.ª posiz. Occipite 1.ª posiz.	Forcipe Natural facile	Mezz'ora —	Femm. Femm.	Vivo Vivo
250	23	2.ª	ottimestre	Natiche 2.ª posiz. Natiche 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Un quar- to d'ora	Masch. Masch.	Vivo Vivo
255	35	1.ª	settimestre	Natiche 1.ª posiz. Occipite 1.ª posiz.	Estrazione Natural facile	Mezz'ora —	Femm. Masch.	Vivo Vivo
319	34	1.ª	ottimestre	Occipite 2.ª posiz. Natiche 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Un quar- to d'ora	Femm. Femm.	Vivo Vivo
344	28	1.ª	a termine	Occipite 2.ª posiz. Occipite 1.ª posiz.	Natural facile Natural facile	Ore tre —	Femm. Masch.	Vivo Vivo
391	30	1.ª	settimestre	Natiche 1.ª posiz. Spalla sin. 2.ª pos.	Natural facile Rivolgimento	Un quar- to d'ora	Masch. Femm.	Vivo Vivo

Le due applicazioni di forcipe nella ricoverata N.° 491 del 1865 vennero praticate per eclamsia, essendo la testa nella prima applicazione appena impegnata alla apertura superiore e nella seconda applicazione discesa alla inferiore. Nella ricoverata 157 si ricorse al forcipe per languidezza di contrazioni, essendo la testa del primo bambino tuttora libera alla apertura superiore. L'estrazione nella ricoverata N.° 255 venne fatta per minacciata vita del feto. Il rivolgimento nella ricoverata N.° 391 trovò la sua indicazione nella presentazione del bambino.

In un caso di presentazione delle natiche 1.ª posizione (391) si ebbe procidenza del cordone ombelicale, ma compitosi il parto prontamente, il bambino nacque fortunatamente vivo.

Delle viziature pelviche. — Nei Prospetti clinici per gli anni 1864 e 1865 a questo paragrafo io presentai una tavola, nella quale erano indicate singolarmente le misure di tutte le pelvi, che per rachitide o per osteomalacia mostravansi deficienti nei diametri più importanti a conoscersi alla apertura superiore, indicava il modo con cui si era effettuato il parto, l'epoca di gravidanza in cui questo si era compito. Tali tabelle, se da una parte riescivano interessanti per le numerose risultanze pratiche che se ne aveano, d'altra parte però peccavano di un difetto, quello cioè di non riescire abbastanza chiare, segnatamente se noi le volevamo studiare dal lato del parto, o dell'epoca in cui questo era avvenuto. Per conseguenza ho pensato quest'anno di battere una nuova strada più spedita e più breve: vale a dire dividere le viziature pelviche per deficienza di diametri in tre sezioni principali, cioè di primo, secondo e terzo grado, tenendo la regola comunemente seguita, facendovi susseguire alcune osservazioni sulle altre viziature o deformazioni del bacino.

Fra le 478 donne sgravatesi durante l'anno 1866 si

osservarono 47 volte viziature pelviche di primo grado, in cui cioè il diametro retto della apertura superiore misurava tra i pollici 3.3 = 0^m,088 e i pollici 2.9 = 0^m,074. Tra queste ebbimo:

pollici 3.3	= 0^m,088	—	n.°	4 volte,
pollici 3.2	= 0^m,086	—	»	12 volte,
pollici 3.1	= 0^m,083	—	»	2 volte,
pollici 3.	= 0^m,081	—	»	7 volte,
pollici 2.11	= 0^m,079	—	»	8 volte,
pollici 2.10	= 0^m,076	—	»	4 volte,
pollici 2.9	= 0^m,074	—	»	10 volte.

Questa misura si era sempre ottenuta col dito, mediante il riscontro vaginale, non lasciando per altro di usare in ogni caso anche la pelvimetria esterna col compasso del Baudeloque, che ci serviva per darci il diametro retto superiore esterno ed i due obliqui. Riguardo al diametro retto esterno, corrispondevano quasi sempre le misure esterne con quelle ottenute internamente col dito, mentre per gli obliqui esterni si ebbe una oscillazione fra i pollici 9 = 0^m,243 ed i pollici 7 = 0^m,312 e la differenza fra l'uno e l'altro obliquo esterno appartenente allo stesso bacino non superò mai le linee 6 = 0^m,013. Però in qualche caso di bacino, che pei diametri della apertura superiore apparterrebbe alle viziature di 1.° grado, si osservò una viziatura di 2.° grado alla apertura inferiore, segnatamente nel diametro biischiatico, come avvenne nella iscritta al N.° 312, nella quale il diametro retto superiore era di pollici 2.9 = 0^m,074, mentre il biischiatico misurava pollici 2.3 = 0^m,061. Nelle donne appartenenti a queste serie, diversamente si effettuò il parto, essendo stato in alcune natural facile, in altre stromentale, in altre provocato ad arte nel corso dell' 8.° o al principio del nono mese.

Le viziature di 2.° grado, cioè i casi in cui il diametro retto superiore si estendeva fra i pollici 2.8 = 0^m,072

e i pollici 2.3 = 0^m,061 si osservarono sei volte, ossia il diametro retto superiore presentava pollici 2.8 = 0^m,072 in cinque casi, pollici 2.3 = 0^m,061 in un caso, mentre il diametro biischiatico in un caso misurava pollici 2.10 = 0^m,076, in altro pollici 2.8 = 0^m,072, in uno pollici 2.7 = 0^m,070, in uno pollici 2.6 = 0^m,068, essendo superiore ai tre pollici = 0^m,081 negli altri due casi. In questi sei casi il parto fu o istromentale, o provocato.

Le viziature pelviche di 3.° grado ci si presentarono due sole volte e fornirono indicazioni e gastro-isterotomia essendo il feto vivo, e quindi ne discorreremo altrove.

Le cause principali, anzi uniche, che deformarono la pelvi nelle nostre ricoverate, furono la osteomalacia in tre donne, la rachitide nelle altre. Delle tre donne deformate per osteomalacia già ebbimo occasione di parlare a proposito di questa malattia. Dicemmo allora come si sia effettuato il parto, descrivemmo le deformazioni più importanti avvenute, ricordando anche qualche cosa di anamnestico, sicchè per ora mi limito a parlare delle altre deformate dalla rachitide. Taluno ci potrà domandare se tutte realmente queste donne viziate lo erano per rachitide, se non vi erano state altre cause di deformazione. Ma la anamnesi, l'esame delle donne, la diagnosi differenziale, il genere di deformazione pelvica ci portarono alla conclusione che erano state così maltrattate per rachitide. Tutte o quasi tutte ricordavano di avere ritardato a camminare sin dopo il 3.°, 4.°, 5.° o 6.° anno di vita; di avere superato nella infanzia una grave malattia, che le rese inferme per mesi ed anni; che già incominciavano a camminare da sole, quando sopraggiunse loro quella malattia, che comunemente chiamano col nome di *febbre acuta*, la quale malattia le rese inferme; che dovettero per lunga pezza girare carponi, o appoggiate

alle natiche e perfino usare di gruccie; che già diritte, videro incurvarsi i loro arti inferiori, incolpandone per la massima parte le nutrici, e non risovvenendosi, come accadde in varii casi, che anche il fratello, o le sorelle, o il padre erano rachitici, o che vivevano in siti umidi, male aereati, mancando ben di sovente anche della necessaria alimentazione, o quanto meno essendo questa insufficiente e poco nutriente. Oltre il bacino presentavano queste donne deformazioni negli arti inferiori contorti in vario senso, oppure ingrossamento dei capi articolari delle ossa lunghe (cubiti, ginocchia, articolazioni delle mani e dei piedi); ovvero il viso specifico di rachitico colla mascella inferiore prominente, denti cariati, apofisi zigomatiche pronunciate, torsioni e gibbosità alla colonna vertebrale, sterno carenato, ecc. Il genere di deformazione della pelvi, specialmente nel senso antero-posteriore, con depressioni in taluni casi delle pareti cotiloidee o diminuzione nel diametro trasverso della apertura inferiore, ricordava talune volte le deformità indotte dalla osteomalacia, mentre ci mancavano tutti quei dati che avrebbero valso a farci ritenere tali deformazioni provenienti da un'altra causa congenita, o accidentale (fratture, lussazioni). In niun caso ci fu possibile riscontrare o sospettare almeno la pelvi obliquo-ovalare di Naegele; non mai produzioni delle ossa ci apportarono impedimenti alla effettuazione del parto (esostosi, tumori osteo-cartilaginei, calli deformi, ecc.).

Ho detto che specialmente ci fu dato rilevare le alterazioni del bacino delle rachitiche nel senso antero-posteriore della apertura superiore. Questo è quanto comunemente si osserva e ci dicono gli ostetrici, ma se tale deformazione o deficienza di misura nel senso antero-posteriore è la prima ad essere rilevata, pure ben di sovente ci imbattemmo in pelvi, nelle quali la deformazione generale o parziale ad una delle due aperture

di ingresso o di sortita rendeva la pelvi più ristretta di quanto a prima vista si poteva ritenere. Le depressioni delle pareti cotiloidee generalmente d'ambo i lati, talora più da una parte che dall'altra, apportano necessariamente una diminuzione nello spazio sacro-cotiloideo; se la depressione è grande, questo spazio va sempre più scemando, finchè ridotto a poco, cioè scemato sino ad un certo punto, fa si che tutto lo spazio compreso lateralmente al di là della linea sacro-cotiloidèa è perduto e quindi ne consegue una diminuzione notevole nella capacità del bacino, che resta maggiormente viziato. In allora la circonferenza del bacino all'apertura superiore non deve più essere misurata seguendo la linea di incoronamento, ma bensì calcolando solamente lo spazio che resta compreso da una linea che partendo dalla parete posteriore della sinfisi pubica si porta alla parete cotiloidea di un lato, donde va direttamente al punto più vicino del promontorio sacrale, per quindi ritornare nello stesso modo alla sinfisi pubica passando dietro la parete cotiloidea opposta, e non girando tutto intorno alla linea di incoronamento. Arrogi che nei casi di depressione delle pareti cotiloidee, il pube viene spinto all'avanti, ravvicinandosi tra loro le branche orizzontali dei pubi, i punti di congiunzione delle branche ischio-pubiche, le pareti cotiloidee, donde provengono una ristrettezza della arcata pubica, una perdita di spazio nel diametro antero-posteriore, in quanto se le pareti cotiloidee si avvicinano ed il pube viene spinto all'avanti, ne deriva che anche lo spazio tra la parete posteriore della sinfisi pubica e le pareti cotiloidee è quasi tutto perduto o nullo per l'atto del parto, e da difalcarsi dalle misure già prese col dito o collo stromento del Baudeloque. Mentre vi hanno altri casi, nei quali la misura che noi prendiamo internamente col dito, segna la reale distanza che intercede tra il promontorio del sacro e la

parete posteriore della sinfisi pubica, cioè il vero diametro antero-posteriore della apertura superiore, e per cui non bisogna fare la deduzione delle sei linee comunemente ammesse per avere la conjugata vera interna dalla misura ottenuta col dito. In questi casi, in cui il dito va a toccare il promontorio in direzione orizzontale non ascendente, perchè il promontorio trovasi allo stesso livello della parte inferiore della sinfisi pubica, se pur qualche volta non le è più basso, il difetto è causato da quella speciale alterazione conosciuta sotto il nome di spondilolistesi, che venne illustrata da Kilian, Kiwisch, Barnes ed altri, e che è indotta da una lussazione spontanea delle ossa del bacino, specialmente di quelle che formano l' articolazione sacro-vertebrale, ma che può però in taluni casi andare congiunta alle viziature per rachitide, come ce ne fornirono parecchi esemplari le donne ricoverate nell' Ospizio, e come lo dimostrano talune delle pelvi conservate in questo gabinetto anatomo-patologico. A far rilevare questa viziatura pelvica al primo presentarsi della donna, gioverà un esame esterno, l' uso del pelvimetro di Baudeloque, il quale come serve a darci i diametri esterni, così ne segna la inclinazione pelvica, mancante in questi casi, poi la direzione che dovremo dare al dito internamente per toccare il promontorio. Da tutto l'esposto conseguita che nelle indicazioni alle operazioni da intraprendersi, si ebbe di mira non solamente quanto ci poteva essere fornito dalla pelvimetria esterna ed interna del diametro retto e dei due obliqui, poi del biischiatico e del pube-coccigeo, ma si osservò pure la forma generale del bacino, la depressione o meno delle pareti cotiloidee, la simmetria delle aperture e della escavazione, la sporgenza del promontorio e in quale direzione, la direzione delle branche ischio-pubiche, orizzontali e discendenti del pube, la risultante ampiezza dell' arcata, che ristretta laddove si trovano i

punti di congiunzione dell' ischio col pube, può impedire al dito, che deve servire di pelvimetro interno, di spingersi col suo bordo radiale sino al dissotto della sinfisi pubica, ma lo arresta al punto ristretto della arcata pubica, per cui la risultante misura non segna realmente la distanza tra il promontorio e la parte inferiore della sinfisi pubica, ma sibbene tra il promontorio e il sito di restringimento dell' arcata pubica. E questo deve essere calcolato tanto nel fissare la misura del diametro antero-posteriore, come nello stabilire l'atto operativo, o nel far diagnosi di parto, avendosi altrimenti una misura, che non è la vera, e potendo questa deformazione apportare ostacolo alla effettuazione del parto. Le viziature dell'arcata, della apertura inferiore, le assimmetrie pelviche, forse non vennero per anco studiate, come si conviene. Molti atti operatorii non riesciti, molti giudizii su' stromenti che fallirono alla prova pratica, molte ingegnose proposte caddero, perchè non si studiò quanto era necessario questo argomento saliente nell' arte di assistere i parti. Quante volte un minuto esame del bacino sa spiegare un mancato moto di rotazione (depressione di una branca ischio-pubica, ristrettezze dell' arcata pubica), una sortita di parte presentata in direzione obliqua anzichè diretta, un arresto nel progresso della parte presentata alla apertura superiore, nella escavazione, od alla apertura inferiore, e sa proporre l' una anzichè l' altra risorsa operatoria, o ci invita ad operare, sebbene a primo aspetto tutto sembrerebbe fatto per il parto naturale più facile e pronto! Anche la diversa direzione e forma del sacro o del coccige, la sporgenza di una delle false vertebre sacrali, o dei loro punti di congiunzione, o una sporgenza della punta del sacro, laddove questo si unisce al coccige, bastarono più di una volta ad arrestare un parto e a farci ricorrere ad atti operatorii, sebbene la pelvi sembrasse bene conformata e fosse di giuste misure,

talvolta anche ampia. Nei miei Prospetti clinici precedenti e in questo se ne trovano esempii, cui accennerò, se occorre, più avanti.

Tra le difficoltà alla effettuazione del parto o per lo meno fra le cause possibili di travaglio irregolare, o ritardato, o di conseguenza dannosa nel puerperio, sono pure annotate dagli autori le ampiezze della pelvi, Pochissimi furono i casi di ampiezza pelvica occorsi quest'anno, e in questi non si ebbe mai una misura che superasse il pollice, vuoi nel diametro retto superiore, vuoi negli obliqui, o ci si presentarono causa di distocia.

Discorso così succintamente delle viziature pelviche, delle cause che le hanno prodotte nelle nostre donne (rachitide ed osteomalacia), nonchè dei riguardi e delle regole a seguirsi in questi casi, avrei a dire delle operazioni che si intrapresero nell'annata per queste cause e dei loro risultati. Ma di alcune già parlammo, delle altre ci verrà occasione di dire a proposito dei varii atti operativi messi in attività, e che corrisposero sempre alle idee, che si erano prestabilite. Quindi tronco questo argomento per passare a quello che riguarda il cordone ombellicale, nei casi in cui si fa procidente.

Della procidenza del cordone ombellicale. — Già negli anni 1864 e 1865 io faceva rimarcare la frequenza della procidenza del cordone ombellicale, avendosene avuti 12 casi su 554 parti nel 1864, e 9 casi su 535 parti nel 1865, e tale proporzione superava già di molto le tavole proporzionali che ci danno gli autori. Quest'anno la proporzione fu ancora maggiore, essendo stata di 18 su 478, ossia di 1 su 26,5: tra queste 18 donne tre sole entrarono in travaglio di parto, le altre dimoravano da un maggior o minor tempo nell'Ospizio. Di conseguenza calcolato da una parte il numero di tutte le donne che si sgravarono nell'Ospizio, comprese le entrate in travaglio di parto, e dall'altra il numero delle proci-

[illegible] in sopraparto, puossi ammettere la
[illegible] complessiva di 18 su 478, o di 1 su 26,5
[illegible] o distinguere come si era praticato in
[illegible] la proporzione fra le dimoranti nello
[illegible] entrate in sopraparto.

[illegible] ombelicale procidente si presentò undici
[illegible] presentazione dell'occipite in 1.ª posizione,
[illegible] occipite in 2.ª posizione, tre volte colle
[illegible]. Si tentarono sei riduzioni colla
[illegible] colla siringa, giusta il metodo di Du-
[illegible] colla mano due non riuscirono, per
[illegible] ricorrere poco dopo al rivolgi-
[illegible] un bambino vivo. Nel caso in cui
[illegible] il bambino nacque morto, co-
[illegible] volta i due in cui si usò la si-
[illegible] era riescita la riduzione colla
[illegible] donne entrate in sopraparto il
[illegible] all'atto del loro ingresso,
[illegible] bambino in cui alla procidenza del
[illegible] cessazione dei battiti delle sue

[illegible] si ebbero sette parti naturali facili
[illegible] tre estrazioni con altrettanti bambini
[illegible] con tre bambini vivi, due cra-
[illegible] (1), donde viene la conferma
[illegible] anno scorso, che, cioè, la pronta
[illegible] il mezzo migliore di salvargli la
[illegible] delle pulsazioni del cordone ne in-
[illegible] nelle donne circostanze per le
[illegible] operatorio, e sperabile un buon
[illegible] completa o dilatabilità della bocca

[illegible] e le cefalotrizie furono necessarie per vi-
[illegible]

uterina, cedevolezza del canal vaginale, pelvi non viziata, ecc.; in quanto i tre bambini nati vivi nei parti naturali facili lo furono essendo il travaglio progredito assai rapidamente, tentata con buona riescita la riduzione colla mano in due casi.

La lunghezza del cordone ombelicale procidente non superò in nessun caso i 32 pollici = $0^{m},864$. Altre alterazioni del cordone ombelicale degne di rimarco non si presentarono, in quanto di poco momento furono i casi, in cui il cordone si presentò con uno, due e perfino tre giri intorno al collo del feto, sul quale non esercitò influenza dannosa.

Scolo anticipato delle acque. — Di questo accidente nel parto intendo solo alludere a casi, in cui lo scolo delle acque precedette il destarsi delle contrazioni uterine, non quando destatesi queste da maggiore o minor tempo, si ruppero le membrane primachè avvenisse la completa dilatazione della bocca uterina, ossia alla fine del primo stadio: 58 volte si presentò questo accidente ed i parti del resto decorsero naturali e facili in 51 casi. In due furono naturali difficili per irregolarità di contrazioni e resistenza del collo uterino, al che avrà contribuito l'anticipato scolo delle acque; dei bambini nati da questi due ultimi parti l' uno nacque vivo, l'altro morto. In tre si praticò la estrazione, presentandosi le natiche, per minacciata vita del feto, che venne sempre estratto vivo, ed in due si ricorse al forcipe, una volta per eclamsia e il bambino fu vivo, l' altra per irregolarità di contrazioni da improprio uso di segale cornuta data alla donna, mentre ancora si trovava alla propria casa prima di venire nel nostro Ospizio, dove entrò in travaglio di parto da molte ore e col feto già morto.

Dei parti naturali.

Come lo significa la espressione stessa di *parti na-*

turali facili, non trovammo nulla di notevole in questa classe di parti; solo osserveremo come in due casi di presentazione della spalla, essendo l'un feto di mesi sei soltanto, l'altro di mesi quattro, il parto si compì naturalmente, effettuandosi la evoluzione spontanea. Pure scarsi e di poco momento furono i *parti naturali difficili*, che raggiunsero la tenue cifra di 14, e le cause che resero il parto natural difficile furono:

La resistenza del collo uterino, cinque volte.

La resistenza del collo uterino combinata ad irregolarità di contrazioni ed anticipato scolo delle acque, una volta.

La resistenza del collo uterino congiunta a ristrettezza pelvica di 1.° grado, essendo il diametro retto superiore di pollici 3 = 0^m,081, una volta.

La resistenza del collo uterino con irregolarità di contrazioni e leggiera viziatura pelvica, essendo il diametro retto dell'apertura superiore di pollici 3.5 = 0^m,093, due volte.

La resistenza del collo uterino, con irregolarità di contrazioni, anticipato scolo delle acque e viziatura pelvica di 1.° grado, essendo il diametro retto superiore di pollici 3.2 = 0^m,086, una volta.

La languidezza, irregolarità e nessuna espulsività delle contrazioni, tre volte.

Fra le 14 donne che ebbero parto natural difficile, si notarono undici primipare, di cui una d'anni 21, quattro di 22, una di 28, una di 29, una di 31, una di 32, una di 38 ed una di 40; una secondipara di 30 anni; una gravida per la quarta volta di 39 anni, ed una per la sesta volta di 36 anni: tre erano entrate in travaglio, due erano edematose ma non albuminuriche. Dei bambini nacquero vivi dodici e due soli morti: ebbervi cinque puerperii morbosi, cioè tre per metrite, uno per febbre miliare ed uno per febbre puerperale nel dicembre. Nessuna donna venne a morte.

Sui soccorsi prestati allo scopo di vincere la resistenza del collo uterino, o la irregolarità, o la nessuna espulsività delle contrazioni, che riconoscevano per causa uno stato congestivo dell' utero, valsero il bagno generale tiepido, il semicupio od il salasso, come già ebbi occasione di dire negli altri Prospetti clinici. In nessun caso si ricorse alla segale cornuta, ad incisioni della bocca uterina, ad unzioni con estratto di belladonna, a bagni torpenti, in quanto i mezzi sovraindicati bastarono in ogni occasione.

Dei parti non naturali.

Eguale per numero fu la cifra dei parti non naturali avuti nel 1865 e nel 1866, ma siccome in questo ultimo anno minore fu il complesso dei parti, così ne venne una proporzione maggiore, cioè di 41 sopra 478, il che rappresenta circa la proporzione dell'8,5 per 100, proporzione rimarchevole se non vi fosse il fatto, che da noi entrano molte donne, sia in travaglio di parto, sia durante la gravidanza, perchè sanno essere loro necessaria una operazione manuale od istromentale.

Divisi questi 41 parti non naturali a seconda delle operazioni richieste, si avrebbero:

Parti non naturali n.° 41.	Manuali n.° 18.	Estrazioni		n.° 7
		Rivolgimenti		» 11
	Istromentali n.° 23.	Forcipe	all'apertura superiore	» 9
			all'apertura inferiore o nella escavazione	» 3
		Con istromenti applicati sul feto	craniotomie	» 5
			cefalotrizie	» 4
		Con istromenti applicati sulla madre	gastro-isterotomie	» 2
				n.° 41

Parti manuali.

Le *estrazioni* vennero praticate due volte per procidenza del cordone ombelicale, due volte per sospensione di travaglio, e minacciata vita del feto, una volta per gravidanza gemellare, una volta per irregolarità di contrazioni uterine e sviluppo estranormale del feto, una volta per arresto del capo fetale all'apertura superiore, essendovi ristrettezza nel diametro retto superiore di pollici 2,9 = 0^{m},074, e questo avveniva nella iscritta al N.° 294, in cui si era provocato il parto per viziatura del bacino.

I *rivolgimenti* vennero eseguiti quattro volte per emorragia cervico-placentale, tre volte per procidenza del cordone ombelicale, una volta per eclamsia, due volte per presentazione della spalla sinistra in 2.ª posizione ed una volta per travaglio languido, colla presentazione dell'occipite 1.ª posizione e procidenza del piede destro, per cui il rivolgimento riesci cosa di poco rilievo, essendosi respinta la parte presentata e fatte delle trazioni blande sul piede procidente. Tra questi rivolgimenti i più importanti furono quelli eseguiti per condizioni patologiche inerenti alla madre, vale a dire in causa della abnorme inserzione della placenta o della sopraggiunta eclamsia, e di questi già dissi qualche parola nell' articolo sulla gravidanza, per cui ora mi taccio e parlo invece dei

Parti istromentali.

Comincio dal *forcipe*, mediante il quale stromento, convenientemente applicato, non si ledono nè le parti della madre, nè quelle del feto. Questa tenaglia venne applicata nove volte, essendo la testa fetale tuttora libera o impegnata alla apertura superiore. Tra le indicazioni di essa vi furono:

La ristrettezza pelvica fra i pollici = 3. 2 0^{m},086 ed i pollici 2. 9 = 0^{m},074 combinata ad irregolarità di contrazioni uterine . . . . 4 volte

La eclamsia. . . . . 2 »

Lo sviluppo preternaturale della testa del feto 1 volta

La irregolarità di contrazioni da stato congestivo . . . . 1 »

La gravidanza gemellare con languidezza di contrazioni . . . . 1 »

Tre volte venne il forcipe applicato essendo la testa fetale già scesa nella escavazione o arrivata alla apertura inferiore. Tali applicazioni furono richieste: 1.° dalla eclamsia; 2.° da poca espulsività delle contrazioni uterine e depressione della branca ischio-pubica destra che impediva il moto di rotazione della testa; 3.° da irregolarità delle contrazioni uterine per improprio uso di segale cornuta amministrata alla partoriente, mentre ancora stava al proprio domicilio prima di entrare nel nostro Ospizio, dove giunse già in travaglio di parto avanzato.

Le regole seguite nell'uso di questo stromento, tanto nei casi di applicazione all'apertura superiore, come nella escavazione od alla apertura inferiore, furono sempre quelle da noi già indicate negli anni precedenti, cioè di applicare le cucchiaja del forcipe sulle regioni temporo-parietali della testa fetale, in modo da afferrare il capo nella direzione del diametro più riducibile, il biparietale, tenendo sempre la nuova curvatura diretta verso quella parte del capo fetale che doveva essere ricondotta al dissotto della sinfisi pubica, cioè alla nuca del feto, che erasi sempre presentato in questi casi coll'occipite collocato in una 1.ª o 2.ª posizione anteriore. E quest'anno ebbimo una nuova conferma della bontà del forcipe costrutto dietro le idee del Professore Lovati di Pavia, cioè più lungo di quello comunemente adoperato, per cui riescono e bene e spedite le applicazioni di questo stromento anche quando la te-

sta fetale trovasi tuttora libera all'apertura superiore, al conseguimento del quale scopo non valgono i forcipi che misurano una lunghezza di uno o due pollici di meno nel tratto dal perno alle estremità delle cucchiaja. E precisamente per la cortezza del forcipe troviamo spiegata la ragione, perchè molti ostetrici stranieri preferiscano il rivolgimento al forcipe e sacrifichino molti bambini colla craniotomia, adducendo a causa di ciò la difficoltà od impossibilità di afferrare col forcipe la testa tuttora libera alla apertura superiore.

Di queste dodici donne, tre erano entrate in travaglio di parto, le altre dimoravano nello Ospizio. Vi furono nove primipare, una gravida per la terza volta, una per l'ottava volta: l'età oscillò fra i 32 ed i 42 anni. Una sola fu travagliata da metrorragia consecutiva al parto, del resto percorse con un'altra il puerperio affatto regolare; una ebbe piaga gangrenosa al pudendo, di cui guarì, e in due, entrate in sopraparto dopo un travaglio lunghissimo ed inutili tentativi di rivolgimento e di forcipe a domicilio, rimase per postumo una fistola vescico-vaginale; tre ammalarono di febbre puerperale; in una continuò la eclamsia, in altra la bronco-polmonia ed in altra ancora l'anassarca con diarrea, che le molestava anche in gravidanza; una soffrì di rammollimento alle sinfisi pelviche. Guarirono sei, due vennero trasferite allo Spedale Maggiore, e quattro morirono, cioè 3 per febbre puerperale ed una per eclamsia.

Dei bambini estratti tre soli nacquero morti, gli altri vivi.

Craniotomie.

Cinque furono le craniotomie eseguite nell'anno 1866 e cioè per idrocefalia . . . . una volta
per ristrettezza pelvica . . . . quattro volte.

Nel caso di idrocefalia occorso nella rivoverata n.° 371,

pluripara, arrivata nello Ospizio a travaglio di parto dichiarato, e dopo aver subito a domicilio inutili tentativi di rivolgimento e di forcipe, essendoci accorti della esistente lesione del feto, in cui mancavano i segni della vita, si praticò colla forbice dello Smellie la apertura del cranio, colla quale si diede esito alla molta acqua capita nel capo. Bastarono in seguito poche trazioni colla sola mano, ajutata dalle forze espulsive dell' utero materno, ad estrarre un bambino molto sviluppato, il cui capo dimostrava di essere stato idrocefalico in alto grado. La donna percorse puerperio regolare e venne dimessa in 8.ª giornata.

Nelle donne affette da ristrettezza pelvica, in cui si richiese la craniotomia, il diametro retto dell' apertura superiore misurava pollici 2. 11 = 0^m,079 in un caso, poll. 2.9 = 0^m,074 in due casi, e pollici 2. 6 = 0^m,068 in un terzo. In tutte, segnatamente nella maggiormente ristretta e in cui si era provocato il parto ad arte, si notava eziandio una maggiore o minore depressione di ambedue o di una sola delle pareti cotiloidee.

L'istromento usato per eseguire la craniotomia fu sempre la forbice dello Smellie. La craniotomia veniva praticata dopochè la testa era stata afferrata dal forcipe, che serviva a mantenerla fissa contro l'apertura superiore ed a praticare in seguito le necessarie trazioni per l'estrazione del capo tagliato traverso la ristretta trafila pelvica. In un sol caso, avendo il forcipe lasciato la presa, si ricorse con giovamento al cranioclaste di Simpson, adoperato qual mezzo di presa e di trazione. Delle quattro donne operate di craniotomia per ristrettezza pelvica, tre erano arrivate nello Ospizio a travaglio di parto dichiarato, due erano primipare, una gravida per la seconda volta, ed una per la terza volta. La più giovane contava 27 anni, la più vecchia 31; due ebbero puerperio affatto regolare, una fu disturbata da leggiera febbre miliare, ed una da metrite con miliare: tutte risanarono.

Limitato, come succedette anche negli anni precedenti, fu il numero delle cefalotrizie praticate, cioè quattro, e tutte riconobbero per indicazione la ristrettezza del bacino, compresa in quella di 2.° grado. Due volte il diametro retto della apertura superiore misurava pollici 2. 8 = 0^{m},072, una volta pollici 2. 5 = 0^{m},065, ed una volta poll. 2. 3 = 0^{m},061. In tutte poi si associava una deformazione del bacino per depressione più o meno notevole delle pareti cotiloidee, e conseguente diminuzione negli spazii sacro-cotiloidei, sporgenza o deviazione del promontorio del sacro verso l' uno dei due lati destro e sinistro, diminuzione nel diametro biischiatico o pube-coccigeo.

Due di queste donne erano entrate nell' Ospizio a travaglio di parto durante già da molte ore; in una che stava da qualche tempo nell' Ospizio si era provocato ad arte il parto, e la quarta era giunta nello stabilimento pochi giorni soltanto prima del parto già alla fine del nono mese di gestazione e quindi ad epoca di gravidanza troppo inoltrata, perchè si potesse sperare di evitare una grave operazione al momento del parto spontaneo, ricorrendo invece alla provocazione artificiale di esso. Tre erano primipare, una gravida per la terza volta. L'età loro era di 23 anni in una, di 30 in due, e di 36 nella quarta. L' unica che si ammalò e che poi morì di febbre puerperale fu la più avanzata in età, che era primipara ed entrata nello stabilimento in sopraparto: le altre tre percorsero puerperio affatto regolare senza alcuna conseguenza dall'atto operatorio.

La cefalotrizia venne sempre eseguita di conserva colla craniotomia, e quando dopo praticato lo schiacciamento del capo il cefalotritore di Depaul, preferito e giustamente dalla Scuola, lasciava la presa nel

mentre si facevano le necessarie trazioni per l'estrazione del capo fetale, si ricorse con vantaggio al cranioclaste di Simpson, che giova tanto ad estrarre il capo quale stromento di trazione, come anche a compire lo sfrantumamento, quando una sola cefalotrizia non abbia sufficientemente ridotta la testa del feto.

Non si ebbe in nessuna circostanza a rilevare alcuna triste conseguenza dall'uso dello stromento compressore di Depaul, il quale è comodo a maneggiarsi ed applicarsi, ha sufficiente forza per schiacciare qualunque siasi capo, difficilmente lascia la presa. La craniotomia deve necessariamente ed in ogni caso precedere la cefalotrizia. Questa regola adottata dal Professore Lazzati nelle molte cefalotrizie praticate nello Stabilimento durante questi ultimi quattro anni, credo sia stata una delle ragioni per cui le nostre cefalotrizie vennero generalmente coronate di buon esito. Il caso di morte verificatosi quest'anno per febbre puerperale, non devesi ascrivere alle conseguenze della operazione eseguita, ma sibbene a ragioni insite nella donna stessa. Essa giungeva nello stabilimento già in gravissime condizioni generali, avvilita e prostrata di forze, con polsi piccoli, bassi, frequentissimi, meteorismo esagerato. In travaglio di parto da 43 ore circa, al momento dell'ingresso nell'Ospizio le colava dal pudendo un liquame bruno-sporco, fetentissimo. Il feto era morto da tempo, e subito operata cominciò a star male e moriva coi sintomi di febbre puerperale violentissima 23 ore dopo la operazione, per cui è a credere che in questa donna già si era ordito un processo deleterio e morboso precedentemente allo svuotamento dell'utero, il quale non fece che accelerare lo svolgersi della febbre puerperale. La autossia rilevò i soliti esiti della peritonite suppurata. Dalla morte di questa ricoverata ebbe principio la febbre puerperale, che si rese epidemica nel mese successivo, essendochè questa donna era

morta il 25 novembre e prime ad esserne prese furono le donne che vi giacevano dappresso, e ne risentirono tostamente la influenza, sebbene al primo indizio della affezione la si facesse trasferire in apposito e separato stanzino, dove si accolgono le puerpere gravemente ammalate. Si può dire che questa donna ci portò il male puerperale nello Ospizio, dopochè da quasi undici mesi ne era andato affatto immune.

Gastro-isterotomie.

Due sole e nella stessa cifra quindi che nel 1865 e 1864 furono le gastro-isterotomie, che sfortunatamente si dovettero praticare nell'annata. Ambedue riconoscevano per causa della grave operazione una notevolissima ristrettezza pelvica di 3.° grado, causata da rachitide, che avea considerevolmente deformata la pelvi, dopo averla ristretta in tutti i suoi diametri.

Le donne che formarono soggetto di queste due operazioni furono le iscritte ai N. 497 del 1865 e 484 del 1866; ambedue primipare.

La prima avea 28 anni, era di piccola statura, misurando pollici 47,5 = 1^{m},24 nella sua altezza totale. Il bacino presentava le seguenti misure, che vennero confermate sul cadavere.

Distanza su le due spine iliache anteriori superiori.	poll. 7. 4 = 0^{m},198.
Distanza fra la sommità delle due creste iliache	poll. 8. 4 = 0^{m}, 225.
Diametro antero-posteriore superiore, misurato col compasso di spessore.	poll. 5. 6 = 0^{m}, 149.
Diametro obliquo destro	poll. 7. 3 = 0^{m},196.
Diametro obliquo sinistro.	poll. 7. 6 = 0^{m},203.
Diametro retto interno superiore (fatta la debita deduzione).	poll. 2. 2 = 0^{m},059.

Diametro biischiatico . . . . poll. 1. 6 = 0^m,040.
Diametro pube-coccigeo . . . . . . poll. 2. 4 = 0^m,063.

Inoltre la cresta iliaca destra era più alta e più sviluppata della sinistra, accartocciate ambedue sopra sè stesse, e tutte piegate dall'indietro all'avanti: il trocantere destro meno sporgente del sinistro, e quest' ultimo di poco più elevato dell' altro: pube piegato all' indietro ad angolo acuto con grande depressione delle branche ischio-pubiche: arcata pubica ristrettissima in modo che dall'alto della arcata pubica sino alla congiunzione delle branehe ischio-pubiche sta appena l'apice del dito indice, quindi dopo il punto di congiunzione le due branche ischio-pubiche divaricavano fra loro e formavano quasi un x. Colonna vertebrale con due curvature, l'una colla convessità in avanti e l'altra colla convessità divergente verso destra; gravissima insellatura lombare, congiunzione sacro-lombare fortemente depressa, promontorio spinto leggiermente a destra; sacro fortemente ricurvo, inclinazione pelvica notevolissima.

L' esame interno rilevava che la sinfisi del pube era acuminata e piegata verso destra, depressione notevole delle pareti cotiloidee, sacro col promontorio basso, occupante grande parte della apertura superiore, spingendosi assai all' avanti, quasi come una gibbosità che si prolungava per un certo tratto in basso.

Destatesi in questa donna leggiere le doglie del parto alle ore mattutine del 21 marzo, essendo giunta a termine di gravidanza, fu sottoposta alla operazione verso le 8. $^1/_2$ pomeridiane del giorno stesso, avendo il travaglio progredito nella giornata, integre le membrane, vivo il feto, scomparso il collo, l' orificio uterino aperto circa un pollice. Si estrasse una bambina viva, sana e sviluppata. Nessuno accidente disturbò la operazione. La paziente morì per emorragia consecutiva alla ferita 23 dopo l'operazione. La autossia rilevò nel bacino le alterazioni sovranotate.

L'altra ricoverata n.° 484 del 1866 era d'anni 34, di statura piccolissima, misurando soli pollici 34.5 = 0^m,932 nella totalità del capo. Le principali misure ottenute tanto colla pelvimetria esterna che interna furono le seguenti:

Distanza fra le due spine iliache-anteriori-superiori . . . . poll. 7. = 0^m,188.

Distanza fra le sommità delle due creste. poll. 7. = 0^m,188.

Diametro retto superiore esterno. . . poll. 5. = 0^m,135.

Diametro obliquo destro . . . . . . poll. 6. 1 = 0^m,165.

Diametro obliquo-sinistro . . . . . poll. 5. 6 = 0^m,149.

Diametro biischiatico . . . . poll. 2 = 0^m,054.

Diametro pube-coccigeo . . . . . poll. 2.7 = 0^m,070.

Diametro retto interno (fatta la debita deduzione) . . . . poll. 2 = 0^m,0454.

Aggiungasi che l'arcata pubica era foggiata a omega ristretto in modo che poco più di un dito stava collocato nella sommità dell'arco pubico; pareti cotiloidee depresse verso il promontorio, particolarmente la destra, che da quest'ultimo punto distava un dito trasverso circa, un pò più la sinistra; curvo assai il sacro in modo che la punta era avvicinata alla base e spinta in avanti; pelvi inclinatissima; deviazione considerevole laterale sinistra, quindi destra della colonna vertebrale, che rappresentava come una S.

Sopraggiunti i dolori del partó verso il mezzogiorno del 13 dicembre, ed avendo il travaglio progredito nella giornata, fu sottoposta verso le 9 pomeridiane del giorno stesso alla gastro-isterotomia, con cui si estrasse un bambino vivó, bene sviluppato, di sesso mascolino. Il puerperio venne turbato da emorragie ricorrenti e da peritonite, per cui la operata morì verso le 10 antimeridiane del 15 dicembre.

All'autossia si riscontrò che il diametro retto superiore, il bischiatico, il pube-coccigeo, corrispondevano colle misure prese sulla donna viva. Inoltre si ebbero le seguenti misure.

Diametro obliquo destro. . . . . . poll. 2. 11 = 0^m,079.

Diametro obliquo sinistro . . . . poll. 2. 10 = 0^m,077.

Distanza dal promontorio alla parete cotiloidea destra. . . . . poll. 1. 1 = 0^m,028.

Distanza dal promontorio alla parete cotiloidea sinistra . . . . poll. 1 = 0^m,026.

Parti provocati artificialmente.

Ventidue furono i parti che nella annata si provoca-

rono, e cioè venti volte per viziatura pelvica, due volte per malattia della gestante.

Fra le venti cause di viziatura pelvica, 19 volte queste erano prodotte da rachitide, una volta da osteomalacia. Delle malattie che indicarono la provocazione del parto abbiamo già discorso trattando della gravidanza, come allora trattammo anche del caso di osteomalacia, che richiese la provocazione del parto. Quindi ora non faremo che passare in rassegna le indicazioni al parto provocato proveniente da rachitide, e siccome la enumerazione e descrizione particolareggiata di ciascuna deformità pelvica sarebbe cosa troppo minuta, ci limiteremo a studiare le misure del bacino, che indicarono tali maneggi operativi.

Il diametro retto della apertura superiore era di pollici 1. 3 = 0^m,061 in un caso, di pollici 2. 6 = 0^m,068 in un caso, di poll. 2. 8 = 0^m,072 in tre, di poll. 2. 9 = 0^m,074 in tre, di poll. 2. 10 = 0^m,076 in uno, di poll. 2. 11 = 0^m,079 in cinque, di poll. 3 = 0^m,081 in tre, di poll. 3. 1 = 0^m,083 in uno, ed in un altro di poll. 3. 3 = 0^m, 088.

Fra queste 23 donne, tredici erano primipare, una gravida per la seconda volta, due per la terza volta, tre per la quarta, due per la quinta, ed una per la décima volta. L'età loro oscillò fra i 18 ed i 41 anni. Quattordici percorsero puerperio regolare, una ebbe in puerperio gastrite, un'altra febbre miliare con piaga gangrenosa al pudendo che si notò anche in un' altra, una sofferse di grave ortopnea, una di rammollimento alle sinfisi pelviche, una di febbre puerperale, un'altra di podartrocace destro con tabe, una di osteomalacia. Tutte guarirono, meno quella affetta da podartrocace, che venne trasferita allo Spedale Maggiore, quella malata di ortopnea con osteomalacia che venne a morte, e quella che colpita da febbre puerperale morì per questa micidiale affezione morbosa.

Riguardo ai metodi usati per provocare le contrazioni uterine furono:

La semplice puntura . . . . una volta
La sola spugna . . . . due volte
La spugna combinata colla siringa elastica quattro volte
La *laminaria digitata* colla spugna . . una volta
La *laminaria digitata* colla siringa elastica una volta
La spugna, e siringa elastica che causò accidentalmente la rottura della borsa . . . . quattro volte
La spugna, la siringa elastica e la rottura artificiale della borsa . . . . cinque volte
La siringa elastica che causò rottura di borsa una volta
La sola siringa elastica . . . . una volta

Fra tutti questi metodi, tranne i casi in cui si voleva ottenere subito una pronta diminuzione del volume dell'utero, al cui scopo si arrivava colla puntura, corrisposero meglio la spugna combinata colla siringa elastica, cioè ottenere prima mediante l'uso di pezzetti di spugna una certa dilatazione della bocca uterina e possibilmente la scomparsa del collo, quindi introdurre tra l'utero e le membrane la siringa elastica destinata a destare le contrazioni uterine non ancora risvegliate col primo mezzo impiegato; che se già si notava una certa preparazione del collo e degli orificii uterini, allora a dirittura si introduceva la siringa elastica.

Gli esperimenti scarsi in numero istituiti finora colla *laminaria digitata* non ci autorizzano ancora a portare un valido giudizio intorno la maggiore o minore utilità di questa sostanza, destinata a surrogare la spugna preparata nella dilatazione della bocca uterina. Al dire di chi la consigliò, essa avrebbe vantaggi notevoli sulla spugna, quali sarebbero il poter servire in più casi, il non assorbire e quindi emanare i fetidi odori che talora si notano coll'uso della spugna, il ridursi di volume appena tolta dalla bocca uterina o dalle parti pudende interne della donna, ecc.

Giova notare che da noi la laminaria digitata si è do-

vuta usare quale è venuta naturalmente, mancando finora chi la sappia preparare convenientemente per l'uso ostetrico; d'altronde la spugna compressa, quale la si può avere dalle nostre officine farmaceutiche, corrisponde tanto bene all'uso in discorso, che davvero non lamentiamo di troppo la mancanza della laminaria preparata.

Riguardo al modo di effettuazione dei parti, diciassette furono naturali facili. Si fecero una estrazione per presentazione delle natiche, e due applicazioni di forcipe alla apertura superiore, provocandosi il parto a gestazione inoltrata, per risparmiare operazioni più gravi a termine. E così dicasi della craniotomia col forcipe, e della cefalotrizia resesi necessarie all'atto dello sgravio.

Dei bambini 14 nacquero vivi, 2 nacquero agonizzanti e morirono dopo la nascita, 6 nacquero morti; dei nati vivi uno morì per asfissia sette ore dopo il parto, ed uno nove ore dopo per sussistente apertura del foro del Botallo, 10 passarono agli esposti, e 2 abbandonarono l'Ospizio colle loro madri.

Riguardo all'epoca di gravidanza, in cui venne provocato il parto, una volta lo fu nel corso del sesto mese per grave dispnea della gestante, che era la ricoverata N. 396 affetta da osteomalacia, diciotto volte verso la fine dell'ottavo mese, tre volte al principio del nono mese. La indicazione intorno all'epoca di gravidanza in cui provocare il parto si deduceva dalla maggiore o minore ristrettezza pelvica, nonchè dalle condizioni generali fisiche, in cui si trovava la gestante, e, come fu detto, talora a gravidanza alquanto inoltrata, per evitare a termine danni maggiori per la madre e per il feto, essendo l'epoca della provocazione del parto obbligata dal momento dell'ingresso delle gestanti nell'Ospizio.

Bambini.

Entro uno specchio sinottico raccoglieremo i dati principali che riguardano le vicende corse dai bambini nati dalle 478 ricoverate, che si sgravarono nell' Ospizio durante l'annata, nonchè dei bambini che esistevano al primo gennajo 1866.

Esistenti il 31 gennajo		Nati vivi		Nati morti		Sortiti dallo Ospizio		Passati al L. P. degli Esposti		Morti		Nati morti		Rimasti al 31 dicembre	
Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
6	2	226	225	16	23	18	19	199	193	15	14	16	23	—	1
8		451		39		37		392		29		39		1	
498						498									

Fra i 490 bambini nati nel 1866 ve ne erano 423 nonimestri, 44 ottimestri, 15 settimestri, 6 semestri, uno quinquemestre ed uno quadrimestre. Dei 29 venuti a morte si notarono 9 nati agonizzanti o che morirono subito dopo la nascita per apoplessia o asfissia sussegua al parto; altri 4 morirono per asfissia alcune ore dopo la nascita, come ne perirono 2 per apoplessia, uno per scleriasi, uno per idrocefalia con ascite, uno per mostruosità per idrocefalia e deficienza di parti, uno per sussistente apertura del foro del Botallo, 8 per pre-

maturanza, uno per anencefalia, ed uno per pemfigo sifilitico.

Tra le alterazioni di primitiva conformazione si riscontrarono due anencefalie, due idrocefalie, una delle quali voluminosissima, una mancanza dell' orecchio sinistro, ed un interessante caso di spina bifida con idrocefalia, mancanza della lingua, labbro leporino composto e complicato, spostamento delle orecchie, ecc.

Alle autossie praticate in tutti i bambini venuti a morte si presentarono le solite alterazioni della apoplessia, del morbo ceruleo, ecc: in quelle dei bambini periti per prematuranza o asfissia, nessuna alterazione negli organi interni come nei bambini mostruosi, mentre nel bambino affetto da pemfigo sifilitico si notarono suppurazione del timo, iperplasie del connettivo polmonale, macchie al fegato.

Le malattie principali osservate nel breve tempo di dimora fatto da questi bambini nel nostro comparto, furono la scleriasi, l' ottalmo-blennorrea, le enteritidi, qualche raro caso di risipola ombellicale o di mastite o di scolo vaginale: non fu dato di osservare neppure una anghectasia, e nessun bambino nacque ricoperto di miliare, come nell' anno 1865, il che attribuisco al non avere avuto durante l' annata, e solo nel dicembre, epidemia di febbre puerperale e miliari, come avvenne nell' anno precedente.

Riguardo al secondamento, non abbiamo a dire che poche parole intorno ad un caso di straordinaria aderenza della placenta colla parete interna dell' utero, osservatosi nella ricoverata N.° 156, la quale, d' anni 46, gravida per la quinta volta, partorì felicemente e naturalmente un bambino vivo, maschio, nonimestre, bene sviluppato, che si era presentato per l' occipite 1.ª posizione: il travaglio avea durato 7 ore e mezzo prima

dello scolo delle acque, un'ora dopo di esso. Ma escito il bambino, rimaneva la placenta, ed anzi si era incominciata una abbondante emorragia, per cui invano tentate le trazioni sul funicolo ombellicale, si andò colla mano alla ricerca della placenta. Si trovò che questa si era quasi immedesimata colla superficie interna dell'utero, dove avea fatto la sua inserzione, e non fu possibile staccarla in totalità, ma solo raschiando colle dita quel punto che sembrava il sito di inserzione della placenta, si riescì a staccarne dei piccoli frammenti, e ripetendo più volte questa operazione, si giunse ad arrestare la perdita, al cui raggiungimento giovarono eziandio delle injezioni intrauterine gelide ed acidulate, la applicazione della vescica con ghiaccio sul fondo dell'utero, dove contemporaneamente si praticarono fregagioni, e l'amministrazione per bocca di un grammo di segale cornuta. Arrestatasi così la perdita, senza che la donna dimostrasse fenomeni di abbattimento, non si rilevarono in puerperio sintomi infiammatorii all'utero, ma solo una mite febbre miliare, con lochi fetenti, che le permise di restituirsi alla propria dimora perfettamente guarita. Riuniti i frammenti cotiledonari della placenta, non formavano nel loro complesso che un quarto o tutto al più il terzo del volume normale di una placenta.

Nel resto le emorragie osservatesi nelle nostre donne, tranne quelle dipendenti da inserzione morbosa della placenta alla bocca uterina, non avvennero che quando già il secondamento era compito; di vere estrazioni di placenta non se ne praticarono mai, solo in molti casi fu duopo favorire la uscita delle secondine.

Alterazioni speciali di queste furono le solite osservate negli scorsi anni, cioè le deposizioni scirrotiche, la degenerazione adiposa, e gli induramenti da probabile iperplasia del tessuto connettivo nelle placente appartenenti a donne sifilitiche.

Riguardo alla placenta in gravidanze gemellari, se ne osservarono di varia specie, cioè con due sacchi e due placente aderenti tra loro ma non comunicanti; con due sacchi e due placente distinte; giammai si notò la comunicazione tra loro delle due placente, o una sola placenta pei due bambini con un sacco unico.

Puerperio.

Le puerpere esistenti nello stabilimento al primo gennajo 1866 erano in numero di dodici, di cui dieci sane e due ammalate, e nel corso dell'anno ne entrarono 478, come risulta dal prospetto dei parti effettuatisi: per cui a 490 salì il numero delle puerpere assistite nell'annata. Di queste ve ne furono 336 che abbandonarono l'Ospizio o perfettamente guarite, o migliorate, chiamate alla propria casa da circostanze speciali di famiglia, o trasferite allo Spedale Maggiore per malattie che per la loro natura erano di incomodo o pericolo alle altre ricoverate, e che non presentarono alcun interesse dal lato ostetrico; 127 passarono quali nutrici al Luogo Pio degli Esposti, 19 sole vennero a morte, ed otto rimanevano nello stabilimento alla mezzanotte del 31 dicembre 1866.

Nel redigere il Prospetto clinico per l'anno 1865, io presentava una tavola sinottica nella quale dimostrava il movimento generale delle puerpere sane ed ammalate. E questo faceva perchè avendosi avuto nell'annata una quasi continua epidemia di febbre puerperale con diverse recrudescenze ed esacerbazioni, desiderava far conoscere i rapporti relativi fra le puerpere sane od ammalate, e dimostrare come si fosse presentata questa malattia, in quali mesi avesse maggiormente infierito. Ma quest'anno fortunatamente la febbre puerperale, troncata con le savie misure igienico-profilattiche adottate dal professore Lazzati nel dicembre 1865, e di cui a lungo

mi intrattenni, risparmiò per undici buoni mesi il nostro Ospizio, e non fu che nel dicembre 1866 che incominciò a farsi dominatrice, e a colpire un certo numero delle donne che aveano cercato ajuto da noi. Durante l'anno ben è vero che si ebbero alcuni pochi casi sporadici di febbre puerperale, taluni mortali, ma le pronte separazioni praticate valsero sempre a limitare, anzi ad arrestare il malefico fomite puerperale, e, come dissi, non ci si presentò che nel dicembre con qualche violenza. Infatti durante tutti gli undici mesi dal gennajo al novembre non si contarono che undici soli casi di vera febbre puerperale con otto morti; mentre nel dicembre se ne ebbero 12 con 5 morti, e si noti che delle dodici ammalatesi nel dicembre alcune vennero a morte nel successivo gennajo 1867.

Per tali ragioni credo inutile quest' anno il dare la tavola generale denotante il movimento delle puerpere sane ed ammalate: essa sarebbe priva affatto di interesse scientifico. La massima parte delle malattie che presentarono le nostre puerpere furono di indole mite, come risulterà dalla tavola nosologica che andrò esponendo, e delle poche interessanti mi riservo a dire qualche parola in particolare. Del resto ecco la tavola nosologica generale delle malattie delle puerpere avute nel 1866.

Denominazione delle malattie	Numero delle ammalate	Denominazione delle malattie	Numero delle ammalate
—	—	—	—
Febbre puerperale . . .	23	Diarrea	1
Febbre miliare	20	Diarrea con anasarca . .	1
Febbre intermittente . .	2	Dissenteria con miliare .	1
Metrite.	6	Piaghe al pudendo. . .	4
Metrite con miliare . .	5	Podartrocace con tabe .	1
Metro-peritonite . . .	1	Patereccio.	1
Metrite con risipola . .	1	Edema	1
Flebite destra	2	Anassarca.	1
Bronchite	6	Anassarca con tubercolósi	1
Bronco-polmonite . . .	1	Osteomalacia.	3
Gastrite	4	Osteomalacia con miliare	1
Mastite.	3	Metrorragia	6
Infiammazione alla sinfisi sacro-iliaca destra . .	1	Metrorragia in 7.ª giornata	1
		— in 4.ª giornata	1
Peritonite con bronchite.	1	Fistola vescico-vaginale .	1
Congestione cerebrale. .	1	Forme veneree e sifilitiche	10
Tubercolósi	2	Eclampsia.	6
Convulsioni	1	Emorragia da gastro-isterotomia.	2
Epilessia	1	Emorragia da placenta previa	2
Melanconia	1	Edema polmonale . . .	
Delirio	1	Escoriazioni gravi ai capezzoli	1
Pellagra	1		
Ascite	1		
	—		—
	85		46

Totale N.° 131.

A chiunque mi abbia seguito nella lettura dei Prospetti clinici della R. Scuola d'ostetricia, questa tavola nosologica dimostra subito il piccol numero di puerpere ammalate avute nello scorso anno 1866. Infatti se noi la confrontiamo con quanto ebbimo ad osservare nel triennio 1863-64-65, troviamo di molto infe-

riore il numero e con esso anche la gravità delle forme morbose. Inoltre molte delle malattie presentate da queste donne erano affatto indipendenti dallo stato puerperale, altre non rappresentavano che una conseguenza o un seguito di affezioni proprie alla preceduta gravidanza, a poche si riduce il numero delle vere forme puerperali, delle malattie inerenti allo stato puerperale proprio alla donna, che si è liberata dal prodotto del concepimento. E questo scarsissimo ammalare di affezioni realmente di indole ed eziologia puerperale, devesi per la massima parte ascrivere alle saggie misure profilattiche ed igieniche adottate dall'egregio professore Lazzati sullo scorcio del 1865, di cui mi intrattenni a lungo nel mio precedente Prospetto clinico. Come già dissi, nei primi undici mesi del 1866 la febbre puerperale quasi vi fu sconosciuta, o se pur vi dominò, lo fu in qualche raro e scarso caso sporadico, e con essa furono scarseggianti le metriti con o senza miliare, le febbri miliari essenziali, le flebiti, che tutte assieme costituiscono, secondo me, quel complesso di malattie conosciute col nome di morbi puerperali. Per me la febbre puerperale rappresenta il prototipo di queste malattie zimotiche proprie alla puerpera, destata da cause speciàli miasmatiche finora sconosciute, mentre invece le metriti a decorso subdolo, non permanente, infiammatorie, accompagnate nella pluralità dei casi da miliare, le febbri miliari essenziali, le flebiti agli arti inferiori, non rappresenterebbero che una minore acutezza del male, ma sarebbero dipendenti dalla stessa causa zimotica. Infatti se vogliamo una prova luminosa di ciò, non abbiamo che a consultare i miei Prospetti clinici, franca e veritiera narrazione di quanto succede nell' Ospizio. In ragione dei casi di febbre puerperale stanno pure quelli delle malattie sovraindicate. Esse si vedevano precedere, accompagnare, susseguirne le epidemie. Quando

la febbre puerperale fu troncata bruscamente nel 1865 colle disinfettazioni, colle segregazioni, si videro cessare anche tali malattie; nascevano queste, e la febbre puerperale faceva capolino, ma sempre però preceduta dalle medesime, ben inteso nello insorgere delle epidemie puerperali, non nello svilupparsi di casi sporadici. Si videro molte ammalare primamente di semplice febbre miliare essenziale, presentare nei primi giorni gli identici sintomi, sudori ricorrenti e profusi, febbri a freddo remittenti, sensazioni vaghe pel corpo, nessun fenomeno addominale, utero indolente, nessuna sensibilità agli inguini, lochi regolari per qualità e quantità; poi in alcune sintomi di febbre puerperale, dolori al ventre, meteorismo, vomito, alterazione di qualità e quantità nei lochi, polsi celerissimi e piccoli, ambascia e finalmente la morte, ed all' autossia si riscontravano i soliti esiti della febbre puerperale (peritonite suppurata, ecc.). In altre, che pur si erano ammalate cogli stessi fenomeni di febbre miliare, progrediva questa malattia senza che si manifestasse un dolore all' utero od al ventre; ed altre pure se ne ebbero che al contrario presentarono al principio della malattia fenomeni di febbre puerperale: si vinceva questa, e le malate offerivano un decorsó di febbre miliare. La stessa terapia (vescicanti, calomelano, ecc.), giovava tanto per l' una come per l' altra forma, naturalmente di efficacia minore per la febbre puerperale che per le altre malattie, in quanto in quella, come ho detto, vediamo rappresentato il prototipo della infezione. I bambini nati da queste donne vedevansi egualmente ammalare e morire, molti essere espulsi già cadaveri. Di conseguenza, esaminando il quasi contemporaneo svilupparsi della febbre puerperale e delle altre malattie, il modo di decorrere di queste, il loro avvicendarsi, il susseguirsi se la febbre puerperale epidemica non veniva troncata bru-

scamente, ma cessava lentamente e spontaneamente, mentre accadeva il contrario se troncavasi ad un tratto, l' utile della stessa terapeutica, gli stessi fenomeni nei bambini, tutto ciò mi conferma nella idea non essere le medesime che manifestazioni diverse per grado e per intensità di una identica malattia zimotica prodotta dalle stesse cause. Quanto succede nello Ospizio avviene pure in città, dove riscontriamo le febbri miliari, le metriti spurie spesseggiare nelle operate, in cui più frequenti si contano i casi di febbre puerperale.

Con ciò non vogliamo dire che le febbri miliari, le metriti, manchino assolutamente nelle epoche, in cui non si mostra la febbre puerperale; vogliamo solo intendere che in allora scarseggiano, non si mostrano collo aspetto quasi epidemico con cui si hanno in quegli altri tempi. Fu parimenti osservato che anche un semplice spesseggiare di febbri miliari essenziali veniva accompagnato della comparsa di qualche caso di febbre puerperale, come ne ebbimo ripetute prove, mentre allo irrompere della epidemia puerperale tacciono quasi affatto le febbri miliari o le metriti. Di ciò occorse la prova nello scorso anno, nel quale nei primi undici mesi si ebbero 19 casi di febbre miliare essenziale, uno di metrite accompagnata a risipola, cinque di metrite con miliare, sei di metrite semplice, uno di metro-peritonite, con undici casi di febbre puerperale, mentre nel solo dicembre si contarono 12 casi di febbre puerperale con una sola febbre miliare, e neppure uno di metrite. Sembra che l' azione influenzante e terribile del quid epidemico puerperale agisse così sinistramente e profondamente sulle nostre puerpere, che, ammalandosi, assumevano tosto l' impronta fatale della febbre puerperale. Rilevasi dalle tavole mortuarie, che la maggiore mortalità avvenne nelle epoche in cui imperversò la febbre puerperale. E poichè l' argomento ci trae ai decessi,

dirò come fra le 19 venute a morte, tredici lo furono per febbre puerperale, di cui 5 nel solo dicembre, due per emorragia in conseguenza di taglio cesareo, una per sincope in donna affetta da osteomalacia, una per eclamsia, una per edema polmonale con anassarca, una per metro-peritonite.

La poca mortalità, l'essersi presentata la febbre puerperale con intensità solo al finire dell'anno, non mi permettono di estendermi,, come feci lo scorso anno, intorno alla febbre puerperale e di dare come nel 1865 dei quadri statistico-clinici delle donne ammalatesi di questa forma morbosa, indubbiamente contagiosa. Di essa ammalavansi di preferenza le donne che giacevano presso ad altre puerpere già colpite da questa malattia, non risparmiando nè l'età, nè la costituzione, nè il genere di parto. La fenomenologia era identica, come si seguì la stessa terapia. Bandito il salasso generale, si ricorse in quasi tutti i casi, al calomelano, ai vescicanti, raramente a qualche sanguigna generale, e si può dire con franchezza che questo trattamento giovò in svariati casi anche gravi, e che facevano pronunciare una prognosi infausta.

Le autossie praticate in tutte le donne morte di febbre puerperale fecero sempre riconoscere gli esiti della peritonite suppurata. Non mai ci si presentò la forma setticoemica, che ritengo debba essere, almeno presso di noi, assai rara, perchè sopra tante donne che si ammalarono di febbre puerperale durante questo quadriennio, non mi si presentò che una sola volta la vera forma setticoemica, una volta la risipola con gangrena, in tutti gli altri la peritonite suppurata, mentre se noi interroghiamo i resoconti delle Cliniche,. segnatamente di Germania e Russia, vediamo marcati frequentemente i casi di febbre puerperale setticoemica, la quale poi

deve essere ancora più grave, che la forma peritoneale (1).

Osservazioni raccolte sopra tre costituzioni atmosferiche morbose durante il corso della carriera pratica *del dott.* **FIORAVANTE ROSSI.** (*Continuazione della pag.* 83 *del precedente fascicolo, e Fine*).

La seconda maggiore costituzione epidemica si è presentata l'annó 1842 ed ebbe termine l'anno 1844, quantunque alcune stagioni si fossero variate in peggio sin dall'autunno 1839, nel qual anno per copiosissime pioggie autunnali e freddi precoci accadde nella nostra Lombardia una strabocchevole innondazione de' principali fiumi, e del Po in ispecie, che apportò vasti stravasamenti e danni gravissimi alla campagna, ai paesi e alle cascine prossime alla riviera, da esportar seco in alcuni luoghi terreni, case, armenti, masserizie, uomini, animali e quanto l'onda furiosa incontrava sul suo passaggio.

Ma nell'anno 1842 fu la primavera che si spiegò sinistramente, con un freddo fuor dell' usato, aere di frequente nuvoloso e pioggie quasi continue, da far temere gravi mali all' umanità e disastri alle messi, sinchè alla metà di giugno si spiegò un moderato calore, che permise la seminagione del grano turco, e si accrebbe in luglio

(1) Veggansi in proposito i nostri tre precedenti Prospetti clinici e le mie Riviste ostetriche 4.ª e 7.ª in cui si passò in rassegna quanto fu scritto sulla febbre puerperale negli anni 1863, 64, 65 e 66. (V. « Ann. univ. di medicina », fasc. di giugno 1864 e fasc. di agosto 1866).

ed in agosto. Sia per tali sconcerti atmosferici, sia per altri nocivi elementi cosmo-tellurici, atti ad indurre nei corpi una predisposizione, verso la metà di giugno comparvero alcune febbri intermittenti larvate, ora sotto fenomeni gastrici, ora reumatici ed ora nervosi, che misero in qualche imbarrazzo il medico curante. E siccome i sintomi variavano a norma della complicazione che aveano seco, così il malato, ora mostrava lingua sucida, inappetenza, vomiturizione, stitichezza, inquietudine, cefalea, talvolta vaniloquio notturno, sete; ora dolori articolari e muscolari, lombaggine, emicrania. Il sintomo che scoperse l'indole della febbre non fu questa volta la sete, ma un leggier madore cutaneo alla notte e una certa calma mattutina, benchè sussistesse ancora il processo febbrile, e nelle ore pomeridiane aumentasse col caldo, in modo però così oscuro da fuorviare facilmente l'attenzione di chi presiedeva alla sua assistenza.

Tali febbri, trattate con un metodo antiflogistico, che sembrava reclamato dai loro fenomeni, passavano facilmente in nervose, come è accaduto a me in qualche caso, e mi venne confermato da alcuni sinceri colleghi. Acciò fossero prontamente arrestate, previo sempre un purgativo, si dovea ricorrere al chinino, nella stessa dose e col metodo adoperato nella febbre larvata gastrica sopra descritta.

Quelle febbri continuarono in buon numero sin quasi alla fine di agosto, tranne qualche caso isolato comparso in settembre, dopo di che cessarono intieramente, per lasciare il posto ad altre febbri d'indole peggiore, cioè alle nervose o tifoidee. Le quali comparvero in numero straordinario, giacchè da tre a quattro solite ad avvenire ogni anno nel mio quartiere, nel corso di circa quattro mesi salirono a 23; dopo il qual tempo cessarono quasi affatto.

Benchè queste febbri nervose si distinguessero per una

serie di sintomi propri, alcuni però dei principali in casi diversi, o mancavano, o erano sostituiti da sintomi insoliti. Talora, in luogo della soccorrenza, eravi una tale stitichezza, da dover ricorrere ai blandi purgativi e ai clisteri per mantenere libere le prime vie. La cefalea, facile ad osservarsi sin dal principio di queste febbri, lasciava molti degli infermi interamente liberi, in onta anche alla presenza di alcuni sintomi capitali. Il vaniloquío o il delirio consueti del pari anche nei casi meno gravi, massime il primo, in alcune non esistevano, o erano sì miti da non meritare seria attenzione. Le orine in genere scarse o rosse, o quasi sanguigne, talvolta erano abbondanti e chiare come quelle delle isteriche.

Tutte quelle febbri, rispetto al grado, si poteano dividere in due serie, miti e gravi. Le prime, benchè per propria natura sempre gravi, pur non aveano seco l'intiero apparato fenomenologico delle seconde. Della prima serie, che furono 13, se ne salvarono 12. La vittima fu una giovane contadina di 16 anni, non menstruata, quantunque ben disposta nel fisico; nel decorso del male vennero in scena dei sintomi polmonali, tosse secca, respirazione affannosa, più tardi espettorazione copiosa, escreati verdastri, in seguito purulenti, febbre etica, e infine la morte. Alla sezione fu scoperta una tubercolósi alla sommità del polmone sinistro. Delle seconde, che furono 10, ne soccombettero tre, e nelle due autopsie instituite si rinvennero le lesioni della dotinenterite di Brétonneau.

Nè in tutte queste febbri si associò l'esantema miliare, riconosciuto da quel peculiare odore, che tramandano i corpi malati, e da esili vescicoline bianche, diafane, talvolta sole, o miste a papule rosse, opache e consistenti. Allorchè la miliare era rara, e svolgevasi con qualche difficoltà, la febbre era sempre viva, la cute del malato arida ed urente, i sintomi nervosi più manifesti con vaniloquio o delirio. Invece nella miliare confluente la

traspirazione era più fetida e copiosa, il malato più quieto, benchè qualche volta si lamentasse di oppressione, la sua mente di raro turbata, con sete molesta di riparazione. Dal che sembrava che l'esantema, allorchè era impedito a svolgersi nella sua interezza, reagisse maggiormente sulla febbre, mentre l'eruzione facile ed abbondante era generalmente di sollievo all'infermo.

Dei 23 casi avuti in quell'anno, in 14 scoppiò la miliare, copiosa e confluente in 9, più rara in 5; in due di questi, benchè emanassero l'odore specifico, non si vide che qualche papula isolata o vescicolina. In questi ultimi la malattia fu anche più grave, il capo sempre ingombro, l'oppressione di respiro continua, qualche sordità, vaniloquio o delirio che aumentavano nella notte.

Tutti questi casi furono gravissimi, essendosi aggiunta la dotinenterite, unita alla meningite. La diarrea era facile ed anche copiosa, fluida, di odore fetidissimo, mista a fiocchi di muco. L'apertura di alcuni cadaveri appalesò nella villosa dell'ileo-intestino, e in qualche parte anche del crasso, delle placche qua e là più meno grandi, da un piccolo centesimo a mezzo scudo, di color rosso, o rosso scuro, le cui papille sembravano, sottoposte alla lente, prive di epitelio, ed in alcuni punti anche scomparse.

La cura prestata non fu uguale in tutti gli infermi, ma modificata secondo i sintomi, le complicazioni e gli individui, in sostanza però la solita ad usarsi in queste febbri. Nei 12 malati di febbre più mite, il chinino trionfò presso che in tutti, premesso nella prima ottava un prudente metodo antiflogistico, alcuni salassi nei più robusti anche nel secondo settenario, il sanguisugio al capo o all'epigastrio, talvolta anche intorno al bellico, blandi purganti oleosi, clisteri emollienti o solutivi nella stitichezza, bibite refrigeranti ghiacciate e subacide, il ghiaccio sul capo come ripercussivo se eravi

delirio, i rivellenti vescicatori, i sinapismi fissi e volanti, i bagni sinapizzati sino alle coscie.

Allorchè eravi associata la miliare, ricorreva ai sudoriferi, e quando esisteva gastricismo e stitichezza, a qualche grano di tartaro stibiato sciolto in un veicolo tepido, anche per favorire la diaforesi; al chinino o al decotto di china quando doveva sostenere le forze abbattute, e per tal modo mi apportò molti utili servigi.

Il solfato di chinino era poi reclamato maggiormente allorquando la febbre appalesava della remittenza, o il vaniloquio, qualche leggier delirio, indicavano una intermittenza marcata, con mente tranquilla e serena nel tempo della calma, non diarrea, ed orine chiare o acquee. La dose era di 14 a 16 grani al giorno, secondo l'età, o in pillole, o in polvere, o in soluzione a norma della tolleranza del malato, proseguendolo senza interruzione sino alla fine della febbre, il che accadeva di solito verso il termine della quarta settima, o anche più in là, non mai prima.

Devesi notare che due febbri nel loro principio ammesse nel novero delle leggiere, assunsero più tardi l'aspetto delle letifere, e ciò io credo, o per diposizione propria, ovvero, come pare più probabile, per disordini nascostamente commessi; e devo aggiungere che in questi casi riusciti a buon fine, trionfò più la natura che l'arte, perocchè alcuni giorni prima io avea perduto ogni speranza.

Nei 9 casi più gravi il metodo antiflogistico in principio venne richiesto maggiormente attivo, in causa della febbre ardente, del vaniloquio e del delirio, della inquietudine generale con intensa sete. Ma in qualche caso ho dovuto restringerlo e limitarlo, atteso il poco frutto che produceva, imperocchè tanto la febbre che i sintomi capitali continuavano non ostante sempre allarmanti, anche dopo le sottrazioni sanguigne generali e

locali. Sicchè dopo averne instituite alcune, dovetti arrestarmi, incerto se fossero più dannose che utili, limitandomi alle coppette alla nuca, ai vescicanti alle braccia e alle sure, al ghiaccio al capo e internamente, alle decozioni di tamarindo, e infine ai senapismi fissi e volanti, ai bagni senapizzati alle estremità inferiori.

In onta alla presenza di tanto apparato nervoso, tentai nondimeno il chinino in molte di quelle febbri, poichè, riflettea tra me, se questo rimedio giova nelle più miti, perchè non potrà giovare nelle maggiori? Avvertirò che in tre di questi malati, apparendo maggiormente spiccati i sintomi nervosi ed enterici, la migliare, il delirio quasi continuo, i tremori degli arti, la carfologia, credetti di sospenderlo, non come dannoso, bensì come impotente rimedio, e gli infermi subirono l'estremo fato.

Il pronostico si offriva in queste febbri quasi sempre incerto nel suo principio, non così nel secondo e terzo settenario. Imperocchè non fu raro il caso di alcune febbri, che leggiere nella invasione, divennero gravissime nel loro corso. Nè altrimenti accadeva di alcune altre, che, gravi nel loro principio, facevansi a poco a poco moderate, e pervenivano senza impedimento ad una risoluzione favorevole. I segni che lo rendevano dubbio o funesto erano il delirio quasi continuo, la diarrea insistente profusa e fetida, l'esantema miliare che vi si era complicato, i tremori delle estremità, la carfologia; ed allora i malati non isfuggivano che di rado alla morte. La mancanza di questi sintomi lo dettavano assai più favorevole.

Nella primavera del 1843, le febbri intermittenti comparvero in febbrajo, la maggior parte complicate, o all'elemento flogistico, o al gastrico, o al reumatico, questo però più frequente; con fortissimi parossismi invasori, accompagnati non di rado da vaniloquio, e in alcuni anche da frenesia passaggiera, che si ammansava facil-

mente col salasso, col sanguisugio al capo, coi purganti, ecc. Allorchè poi il rematismo si applicava ai muscoli intercostali o lungo il dorso, tanto più il malato si rendeva inquieto, chiedeva il salasso per respirare, le coppette incise per muoversi più liberamente nel letto, e nell'ostinazione del dolore, anche le sanguisughe in qualcho copia, le unzioni oleose con sopra flanelle calde, e di frequente cambiate..

Se tali mezzi venivano adoperati con prontezza, anche i malati raggiungevano più presto la convalescenza, e fu raro il caso che apparisse la indicazione del chinino, perchè le si vedevano ammansarsi da sè.

Alcune però di queste febbri negli individui robusti e pletorici sul quarto o quinto giorno assumevano un corso continuo reumatico-infiammatorio, da dover aumentare il metodo antiflogistico, e con questo i malati al 12 o al 14 giorno di cura raggiungevano la convalescenza. Se poi con questo metodo, eleminate le complicazioni flogistico-reumatiche, la febbre si rendeva semplice periodica, allora era agevole fugarla col chinino. Soltanto verso la metà di maggio quelle febbri intermittenti deposero le complicazioni, e un metodo più semplice le arrestava.

Ma ecco nello stesso anno, e verso la metà di luglio, presentarsi di nuovo delle febbri nervose, e in maggior numero dell' antecedente, che dapprima leggiere, o sotto forma gastrica, assumevano in seguito tutti i caratteri delle tifoidee o nervose dei nostri antichi. Dall'esteriore forma fenomenologica e dal grado si potevano dividere come le altre in miti e gravi. Delle prime comparvero 15, delle seconde 12, in tutto 27. Notisi che due ammesse tra le leggiere, divennero gravi in causa dell' esantema miliare, e mantennero un lungo corso prima di toccare la convalescenza, una ai 45 giorni, l'altra ai 52; e che la china-china apprestò il migliore soccorso.

L'esantema miliare comparve in quell'anno in 17 casi; cioè in 6 delle leggiere e 10 delle gravi, non comprendendo un caso di queste ultime, nel quale si aveva l'odore specifico ma non la presenza dell'esantema. In tutti i casi leggieri, presente la miliare, il chinino fu il rimedio più efficace, e laddove eravi bisogno d'innalzare le forze del malato, era utile il decotto della corteccia peruviana.

La terapia delle forme più gravi dovette essere più attiva, a norma dei sintomi che presentavano. Il salasso ed il sanguisugio ripetuti erano indicati tanto nel primo che nel secondo settenario, non che i blandi purganti e i clisteri se i malati erano stitici, le bibite refrigeranti, la dieta austera, o tutt'al più, e tardi, dei brodi di vitello o di pollo, di solo burro nei poveri, o anche di vacca.

Se nel frattempo compariva il delirio, dopo le sottrazioni sanguigne generali e locali, ricorreva alle ripercussioni col ghiaccio sul capo, ai vescicanti alla nuca o dietro alle orecchie, e alle sure, ai sinapismi alle piante. Nè altrimenti venivano combattute coteste febbri a stadio un pò più inoltrato; solo che il metodo era più prudente e circospetto, e in relazione alle forze dell'individuo. Il chinino non venne quasi mai dimenticato anche in quest'anno, pressochè in tutte le febbri.

La cura delle leggiere, si intende da sè, era sostenuta blanda e prudente a norma dei sintomi. D'ordinario in principio qualche salasso, se l'accesso febbrile era risentito; degli eccoprotici, delle bevande di tamarindo, limonate semplici se il secesso era facile; sanguisugio alle tempia se eravi cefalea. In appresso il chinino era il rimedio più reclamato, e la guarigione, anche quando non avveniva prima del quarto settenario, era quasi immancabile. Quando si aveva complicazione di miliare, la malattia si protraeva sino al 40.° o 50.° giorno e con lunga convalescenza.

Nei 12 casi gravi la perdita fu di 5 individui, e la morte avvenne tra il 14.° e 24.° giorno, eccetto una paziente che soccombette nell'8.° giorno, tanta fu la ferocia spiegata nei primordi della febbre. Trattavasi di una giovane robusta, di 23 anni, regolarmente mestruata, presa da delirio furioso, che a stento poteva essere trattenuta da diverse persone, sinchè dopo 69 ore si ebbe il coma e la morte.

L'autopsia discoprì ingorgati assai i vasi della dura madre, pieni i seni laterali, rossa l'aracnoide e la meninge, consistente la sostanza corticale, injettata la midollare, poche goccie di siero nei ventricoli laterali e nella base del cranio.

Nei casi leggieri non avvenne che di rado qualche postumo sfavorevole che ritardasse la cura, e in seguito la guarigione, tranne in un giovane, nel quale dopo aver disordinato nel cibo, spintovi da fame straordinaria, ed essersi troppo presto esposto all'aria, la febbre comparve con tipo quotidiano fortissimo, da simulare una perniciosa cefalica, che bastarono due dosi di chinino ad arrestare.

Negli altri più gravi la guarigione venne ritardata da una diarrea ostinata, consecutiva a disordini dietetici, per cui la vita del paziente fu posta a pericolo e la guarigione si fece aspettare, in un caso sino al 52.° giorno, in un altro al 63.°.

In tre degli infermi gravi si manifestò la parotite, che retrocesse in uno da sè, seguendone somma recrudescenza dei sintomi capitali, e dopo pochi giorni la morte. Negli altri due la parotide suppurò, e finita questa crisi salutare, i malati poterono sottrarsi ad ogni pericolo.

In nessuno dei malati sbucciarono bubboni agli inguini, o alle ascelle, e nemmeno furoncoli od altro, un tempo creduti estremo sfogo dal corpo del principio morboso; soltanto in una donna occorse lo stomacace, che si estese alle gengive e all'interna superficie della guan-

cia sinistra, con pericolo di perdere alcuni denti. L'ulcerazione cicatrizzò coi collutori di miele rosato e acido solforico, allungati in una decozione d'orzo, colle bibite acidule internamente, colle carni bianche, col vino generoso, ecc.

Sotto il dominio delle febbri nervose si osservarono anche molte febbri intermittenti autunnali di ogni tipo, e qualche perniciosa. La maggior parte guarirono con addatta cura purgativa, ed antiperiodica. Una perniciosa algida divenne mortale per essere stato chiamato il medico intervento solo al terzo parossismo. Dalle informazioni raccolte seppi, che il malato provò il primo giorno un leggier freddo, che passò quasi inosservato, ponendosi al fuoco circa mezz'ora; nel secondo giorno, ritornato il freddo alla stessa ora, dovette porsi a letto, non potendo reggersi in piedi, e per quanto la moglie si ingegnasse a riscaldarlo, con panni caldi e scaldaletto, non riuscì quasi a ristorarlo; nondimeno egli proibì alla moglie di chiamarmi, sperando che quel freddo non avesse sinistre conseguenze. Il terzo parossismo poi fu così intenso, che diceva di trovarsi in un mare di ghiaccio, sua espressione, e allora raccomandò agli astanti di procurargli il pronto soccorso medico. Durava l'accesso circa mezz'ora, quando mi accostai al letto del malato; non eravi calore bastante che lo scaldasse, il suo corpo era di ghiaccio, la pelle umida del sudor freddo vischioso del moribondo, i polsi scomparsi, la cute rugosa, inelastica come nel cholera asiatico, la respirazione lenta, interrotta da profondi sospiri, la voce fioca e bassa, il gemito appena sentito, l'occhio semichiuso bagnato di gelida lagrima, pupilla coperta dalla palpebra superiore. Vani furono i tentativi adoperati per richiamare il calore: bagno caldo, mattoni riscaldati posti ai lati e tramezzo alle gambe, frizioni secche con spazzola o con flanella di lana, linimento volatile: tutto fu vano, dopo tre ore spirò.

L'inverno che seguì produsse per sua natura molte infermità flogistiche polmonali, bronchiali, pleuritiche ed artritiche, angine legittime e reumatiche, vinte la maggior parte con metodo attivo antiflogistico. Tre pleuro-polmoniti, ed una bronchite catarrale divennero letali, probabilmente per essere stati soggetti gli infermi più volte alla stessa malattia; la morte dei primi avvenne tra il 6.° e il 10.° giorno. La bronchite catarrale si apprese ad un vecchio settuagenario, affetto da catarro cronico, dopo espostosi a freddo intenso e a folta neve con vento, sotto la quale si bagnò lungo un viaggio di tre miglia a piedi. Morì nel 15.° giorno di malattia per sopraggiunta paralisi polmonale.

Anche l'anno 1844 riescì fecondo in estate ed autunno di febbri tifoidee, dopo il predominio delle febbri intermittenti vernali, che furono molte e complicate ai soliti elementi flogisto-reumatici. La primavera non fu regolare, alternando i freddi notturni e mattutini, col calore pomeridiano in aprile. In maggio temporali quasi giornalieri; estate caldo e secco. Sulla fine di agosto l'atmosfera si fece fresca, poi fredda, il cielo di frequente nuvoloso, e anche piovoso da non permettere la stagionatura del grano turco quarantino, che per garantirlo da inevitabile alterazione fu stagionato colle stufe aeree.

I casi di febbre nervosa o tifoidea furono quell'anno 25, dei quali 9 gravissimi e 16 leggieri. Dei primi ne morirono tre, ed uno dei secondi.

È inutile ricordare i singoli casi, e i cangiamenti avvenuti in quelle febbri, giacchè ognuno nel rispettivo grado offerse qual più qual meno i fenomeni morbosi degli anni passati, cioè la migliare in 17, la frenesia in 5 colla dotinenterite di Brétonneau.

Ma la costituzione morbosa atmosferica più nociva ai corpi umani e alla vegetazione fu quella, che incomin-

ciata l'anno 1850 prosegue, con poche interruzioni tuttora, nè da indizii di voler cessare. Da quell'epoca le stagioni si sono invertite dall'ordine naturale. Il verno, destinato al freddo e al riposo della terra, un tempo somministrava brine, geli e nevi, acciò si maturasse, e a nuova e prolifica vegetazione si convertisse. In questi inverni all'incontro il termometro R. si è abbassato di raro alcuni gradi dallo zero, rimase più di frequente a zero, e anche sopra, per il che alla terra sono mancate le brine e i geli, elementi necessari per prepararla, come si disse, a maturare, onde acquistasse quella natura che le è necessaria. Anzi imbevuta di umidità apportata dalle nebbie e dalle pioggie d'autunno, e invernali, nè più rasciugata dai venti primaverili fattisi da molti anni e rari, e brevi, conservò tale umidità e divenne, direi quasi, ammalata.

Sorto finalmente il calore, i raggi del sole attraendo dalla terra gli umori corrotti per lunga dimora nel suo seno, si innalzano al mattino nei bassi strati dell'aria, arrecano fortissimi danni alle messi e alle frutta. Questa opinione, che non è mia, ma degli stessi contadini, mi è parsa abbastanza attendibile ed ingegnosa. Sicchè appena osservano sul mattino quelle nebbie distendersi sui seminati e sui frutteti, si sgomentano, e accorrono in fretta ad accendere dei falò qua là a non lunga distanza, acciò quella fiumana venga assorbìta e dispersa dalle fiamme. Anche Ippocrate soleva ordinare nelle epidemie e nei contagi questi fuochi per distruggere il principio deleterio, e pare che se ne conservi la tradizione.

L'aria degli strati superiori all'incontro, è più pura e sana di quella degli inferiori, raccogliendo questa in maggior numero dei materiali organici e inorganici, emanati dalla terra, o sviluppati dalle umane industrie, mollecole nocive ai corpi umani e principalmente alla

respirazione e alla inalazione cutanea. Ad impedire o a minorare cotesti nocivi effetti, l'igiene pubblica ha stabilito delle provvidenze, assegnando distanze e luoghi appositi lungi dall'abitato per le risaje, per le maceratoje del lino e del canape, per la conciatura delle pelli, acciò non resti offesa la popolazione.

Non altrimenti deve accogliere l'aria quei nocivi vapori che emanano dai luoghi bassi e paludosi, che imbrattano l'atmosfera, formando le così dette mefiti, tanto feconde di febbri periodiche miasmatiche e perniciose.

A proposito delle mefiti son note le esperienze instituite sopra l'atmosfera circolante nelle paludi dai dottori Gratiolet e Lemaire in Francia. Raccogliendo essi i vapori condensati sopra le pareti di un vaso pieno di ghiaccio, vi scoprirono, col mezzo del microscopio, delle sporule, degli infusorii, e i detriti d'una sostanza animale e vegetale in putrefazione.

D'altra parte il dott. Salisburì di Nuova York (« Journal of medical science di Nuova York »), che ha poco dopo ripetuti i medesimi esperimenti, scoprì anch' egli col microscopio nell'aria delle paludi in vicinanza di Lancaster nell'Ohio, dei corpuscoli composti di una piccola cellula longitudinale, somiglianti ad alghe estremamente piccole, che constavano di un nucleo attorniato da una parete cellulare. Di questi corpuscoli l'Autore ne scoprì nella saliva di quelli abitanti, che sono pallidi, scoloriti, infievoliti, e travagliati dalle febbri intermittenti. (Vedi « Bollettino delle scienze mediche di Bologna », fascicolo di settembre 1866, p. 198).

Ora adunque se corpuscoli organizzati furono col microscopio scoperti in un'atmosfera maremmana, o paludosa, e di simili o quasi simili si sono rinvenuti nell'aria dei cholerosi (Vedi Thomson, Pacini, Emiliani) questo prova che i corpi organici in uno stato morboso sono suscettibili di fermento. Quindi non a torto il prof.

Polli di Milano considera le febbri intermittenti miasmatiche ed il cholera malattie da fermento morbifico. Ma resta a vedersi poi se i solfiti guariscano tali malattie. Sulle febbri nostre intermittenti autunnali non miasmatiche si hanno prove non scarse della loro efficacia. Io stesso ne istituiva replicati esperimenti sino dagli anni 1863, 64 e 65, e potei convincermi della loro utilità, mentre debbo confessare al tempo stesso di aver guarite talune di queste febbri col solo metodo antiflogistico e purgativo continuato più giorni, o in casi in cui erano stati inutilmente adoperati i solfiti, di aver dovuto ricorrere al chinino. Ciò però non infievolisce punto la dottrina del chimico milanese, esistendo in suo favore fatti non pochi e luminosi.

Spiace d' ignorare come abbiano corrisposto nel cholera i solfiti. Fra coloro cui vennero raccomandati dal prof. Polli nell' epidemia di Ancona, non fu che il dott. Vella che se ne è dichiarato soddisfatto, senza discendere a particolari. (« Ann. universali di medicina »).

Questi corpuscoli organici sparsi nell' aria, venuti in contatto dei corpi umani, hanno dessi una azione speciale secondo i luoghi e le circostanze, in modo da suscitare negli abitanti delle paludi le febbri miasmatiche, altrove il cholera, e da riprodursi e moltiplicarsi, trasportate a distanza? Benchè nulla al presente si possa proferire di certo in tale questione, ben esaminato però il fatto, a me non sembra improbabile. Ma ritorniamo all' argomento della costituzione atmosferica accennata.

Ad ognuno è noto lo stato degli animi dopo il 1848. Sotto l'incubo di una forza brutale, del terrore dello stato d' assedio, di barbare e talora ingiuste esecuzioni capitali, sotto le previsioni di enormi gravezze, si passava una vita tutta piena di pericoli e di incerto avvenire. Aggiungansi gli sconcerti atmosferici comparsi l' anno 1850, infesti ai corpi umani e alla vegetazione, onde sem-

brava che cielo e terra congiurassero uniti contro di noi. D'allora in poi non più stagioni regolari, non primavere seguite da graduati tepori, non ordine nella separazione delle stagioni, ma improvvisi cangiamenti atmosferici, passaggi repentini dal caldo al freddo, e viceversa.

Quasi ogni anno il cielo in primavera veniva ingombro da nebbie, che oscuravano la luce del sole, e i calici, le corolle dei fiori, abbassando il capo appassite, si staccavano dallo stelo, lasciando isterilite le piante. Le nebbie mattutine non apparivano soltanto in primavera, ma anche in estate, il che era ritenuto sempre di triste augurio, non solo per le messi, ma anche per la pubblica salute.

Nè stette molto ad alterarsi l'ordine col quale le malattie, a norma delle stagioni e del loro influsso, sogliono presentarsi; ad aggiugnersene altre diverse, ovvero a peggiorare ed a preponderare le più comuni. Il reumatismo infatti incominciò a prevalere sotto tutte le forme, nè ha cessato ancora d'imperversare. In principio furono le febbri reumatiche, le angine reumatiche, ora semplici, ora complicate al gastricismo o all'elemento flogistico. Più tardi il reuma vestì articolazioni e muscoli, non che le interne membrane sierose, e sierofibrose; infine si apprese agli involucri nervosi, presentando tutte le forme nevropatiche di cui sono capaci quei tessuti. Inoltre non vi fu quasi febbre, o flogosi viscerale, che non avesse seco il reumatismo; infine poi ha tanto prevalso da far scomparire alcuni tipi febbrili legittimi, come le gastriche, le infiammatorie semplici, ovvero da oscurarle affatto, complicarle o sostituirle.

Le più frequenti invero furono le febbri reumatiche, da superare di molto tutte le altre febbri prese insieme; le angine reumatiche ora senza, ora con gastricismo. Le

prime irrompevano sempre nel primo accesso con qualche brivido di freddo, di rado col solo caldo, con calore generale, qualche volta con sudore in principio, e questo piuttosto scarso, e non mai critico, da doverlo più tardi promuovere coi sudoriferi. Gli altri accessi esordivano sempre col calore, il che dinotava la continuità della febbre, la quale accompagnavasi alla sete, a dolori al capo, ai lombi, al dorso, alle coscie. I malati dicevano di sentirsi il corpo ammacato; la lingua era impaniata ed umida; inappetenza, calore cutaneo, polsi ampi e duri.

Dietro queste febbri venivano le angine reumatiche, invadenti con forte febbre non remittente, cefalea grave, mai con brividi, piuttosto con sete, che i malati si astenevano di appagare per la difficoltà di deglutire; il dolore di capo si estendeva alle orecchie, alle tempia; voce rauca, confusa, ingrossamento della gola, tonsille tumide, con cupo rossore che dal palato si estendeva alle fauci; dolori reumatici in diverse parti del corpo, polsi duri e frequenti, anoressia completa.

La cura di tali malattie fu l'antiflogistica, che riuscì sempre utile di modo che non si ebbe a deplorare che qualche rara vittima in vecchi ed ammalorati organismi. Il salasso generale, i purganti, i sudoriferi erano i rimedi somministrati nelle prime; nè molto diversificava il metodo nelle seconde, tranne il sanguisugio al collo, allorquando la infiammazione alla gola era molto grave, ricorrendo in questo caso ai cataplasmi mollitivi, alle emulsioni oleose, alla cassia, al latte allungato coll'acqua.

Quanto alle sottrazioni sanguigne, due o al più tre bastavano per le più forti, e poco più nelle angine gravi. Se poi nella prima settimana quelle febbri non cedevano, entro la seconda compivano quasi sempre il loro corso, tranne rare eccezioni, cioè quando si associava la

miliare. Le angine si risolvevano di solito tra la decima e la dodicesima giornata, oppure passavano alla suppurazione.

Coteste affezioni reumatiche febbrili sono sempre comparse in tutto l'andamento della costituzione attuale, nè hanno fin qui cessato, forse per essėrvi i corpi gravemente predisposti.

Nè l'elemento reumatico si limitò a queste due forme febbrili, ma estendevasi al petto, ora investendo a preferenza i muscoli intercostali, ora la pleura costale, ora la polmonale. E anche in questi casi la cura non dovea essere pronta ed attiva, come nelle pleuriti, e nelle pleuro-polmoniti veramente flogistiche, poichè cedevano non difficilmente ad un moderato metodo sottraente e debilitante. Rare volte sono arrivato ai quattro o cinque salassi nelle polmonie e pleurisie reumatiche, e quasi sempre con esito fortunato.

I reumi intercostali sono stati infiniti nel basso popolo, per essere male coperto d'inverno, o pel facile spogliarsi sotto le fatiche. Allorchè erano veementi, bastava il sanguisugio, i rivellenti quando erano ostinati, molti essendo svaniti anche coi soli linimenti irritanti, e colle unzioni oleose con sovrapposta flanella di lana.

Dopo avere il reumatismo decorso sotto forma febbrile, e investite diverse località in modo acuto, a poco a poco prese un andamento lento ed affebrile, ora innestandosi sopra articolazioni piccole e grandi, ora abbracciando muscoli, o membrane. Frequentissimi furono i reumi al dorso (lombaggini), quelli dei muscoli della coscia e del braccio, e frequenti pure furono quelli delle articolazioni (artritidi) da tormentare i malati con lunga ed ostinata presenza.

Persino i plessi ischiatico e crurale subirono la stessa lenta irritazione reumatica, e non fu risparmiato sempre mai il plesso bracchiale. Cosicchè le cotiliti, le ischiadi

antica e postica, furono numerosissime; nè altrimenti un vivo dolore nel braccio, che rimetteva a certe ore, fu incontrato più volte nella mia pratica.

Convien notare che se i malati, toccata la convalescenza, e anche poco più tardi, non usavano sommi riguardi a non esporsi all' aria o alla campagna, la recidiva era presso che inevitabile, e se il reuma non avea di ritorno sollevata la febbre, si diffondeva in seguito lento in varie parti del corpo, nei muscoli, o nelle articolazioni, tormentando in vari modi gli infermi.

Un uomo sui 30 anni, robusto, rimasto sempre sano in sua vita, cadde malato verso la metà di gennajo 1867, di febbre reumatica con dolori in molte parti del corpo, più forti alle ultime vertebre lombari in modo da non poter scendere dal letto, nè cambiare di posizione, costretto a giacervi come un tronco. Il trattamento fu antiflogistico generale unito ai purganti e ai sudoriferi; sull' 8.° giorno, per la marcata remittenza della febbre e dei dolori reumatici, ogni sintomo cessò quasi del tutto col chinino, tranne una soffribile dolenza lombare, sedata coi linimenti irritanti nel corso stesso della cura. Dopo due giorni di benessere, credendosi guarito, recavasi ad una cascina lontana un miglio in cattiva giornata, per contrattarvi del lino come mediatore; ma accortosi della sua imprudenza, si pose di nuovo a letto.

Non era trascorso il giorno appresso, che alle 4 pomeridiane sentì insorgere la lombaggine e i dolori estendersi lungo la coscia e la gamba sinistra. Non avea febbre e nondimeno i dolori sussistevano forti anche il dì seguente. Riconoscendo ch'egli non osservava la regola prescritta, che voleva alzarsi, mangiare a capriccio, e serviva in bottega da fruttivendolo, a danno della salute, lo ritirai nello spedale.

Forti erano ancora i dolori ai lombi e all'anca sinistra, che estendevansi sino al ginocchio, con gonfiezza e

rossore di questa parte. La prima ordinazione fu un salasso, il sangue era molto cotennoso; prescrissi unzioni oleose sulle parti malate, e sul ginocchio; il dì seguente le sanguisughe. Sedati in parte i dolori, il malato nondimeno dovea guardare ancora il letto senza poter discendere pe' suoi bisogni.

Alla mattina i dolori erano accresciuti, e dovetti ricorrere ad un altro salasso, ugualmente cotennoso, che sedò alquanto i dolori. Ma non erano per anco cessati, che il reumatismo insorse nell'anca e coscia destra sino al ginocchio, rosso e gonfio all' interno. Trattate queste parti con unzioni oleose, sanguisugio al ginocchio, e colle pappe, dopo tre giorni di cura tutto scomparve.

Il malato si lusingava di aver toccata la guarigione, e di sortire dallo spedale pe' fatti suoi, quando dopo due giorni nel passeggiare per la sala calda ad 8 gradi R. sentì dei dolori vivi nel ginocchio e polpaccio sinistro, pei quali dovette porsi a letto, e chiedere qualche rimedio all' infermiere. Questi si restrinse alle unzioni oleose, coprendo di flanella calda le parti, acciò passasse men triste la notte. Alla visita del mattino trovai rosso e gonfio nell' interno il ginocchio sinistro, e dolente il polpaccio dello stesso lato. Ordino il sanguisugio, e le pappe in ambe queste parti, e al dopo pranzo tutto era diminuito. Le frizioni di limento Opodeldok all'anca e alla coscia non erano mai state dimenticate.

Il malato due giorni appresso torna ad alzarsi, cammina a stento colle gruccie. Dopo quattro giorni il ginocchio e il polpaccio sinistri erano liberi, tranne una lieve gonfiezza edematosa ai malleoli in tutte e due le gambe. Trascorsi 42 giorni di cura, sorte dallo stabilimento, senza più recidivare.

Ho posto innanzi al lettore questo caso per mostrare quanto siano stati protervi i reumatismi in questa costituzione morbosa, da non averne avuti esempi uguali fi-

nora. Il numero delle lombaggini, delle ischiadi, dei reumi intercostali ed articolari è stato straordinario; anche dietro regolare e pronta cura, resistevano a lungo e di frequente recidivavano. Mi conforta però il ricordare che in onta a tanta difficoltà e ostinazione, la cura antiflogistica e rivellente ha sempre trionfato.

Alle affezioni reumatiche altre se ne aggiunsero non meno singolari, e furono le gastriti. Quantunque non sembrassero partecipare dell'indole reumatica, e avessero tutta l'apparenza di una malattia *sui generis*, attesa la la loro caparbietà e la recrudescenza maggiore in certe stagioni, convien credere ne subissero la influenza.In principio gli incomodi digestivi erano tollerati dagli individui, o quasi trascurati come leggieri, ma in seguito a poco a poco crescevano a tanto da riuscire insopportabili. I malati non tolleravano il minimo cibo, e nemmeno pochi sorsi di acqua. Era un senso di peso all'epigastrio, appena ingojati i cibi o le bevande, come se una mano o una pietra comprimesse quella regione, sicchè i malati li abborrivano; non fame, non sete, arsura alle fauci, vomiturizione ed anche vomito; lingua rossa ai margini, impaniata nel centro, talvolta intieramente rossa con papille rialzate, o così liscia da simulare una fetta di carne appena tagliata. Il passaggio delle poche sostanze ingollate era assai tardo, accompagnato da rutti, da acidità, da ruminazione.

La causa di questa malattia non la saprei rinvenire se non nella cattiva qualità dei cibi e delle bevande alterate dalla mala influenza atmosferica, di cui si tratta in questa Memoria, senza pretendere di determinarla. In questo caso non doveano concorrere soltanto a ledere lo stomaco, il vino e i cereali, ma le stesse carni degli animali e dei volatili, i quali vivendo di erbe, di grani e di insetti a norma della specie, pascevansi di sostanze che dovevano essere parimenti alterate.

Avendo curato nella lunga mia pratica molte gastriti acute e lente, prodotte da altre cause generali, assicuro di non averne per lo innanzi assistita pur una che a queste somigliasse, e pei sintomi, e per la cura, e per l'esito talvolta letale. Poco o nulla giovarono in esse i rimedj, eccetto il sanguisugio all'epigastrio, al principio del male. Una indicazione franca e sicura non mi fu dato di cogliere. Asserire che dipendessero da legittima irritazione o da flogosi, non erami concesso; sostenere che fossero di debolezza, nemmeno; perchè il più lieve stimolo le esacerbava e perfino gli stessi amari ed il bismuto. Il vino anche in minima quantità ho dovuto abbandonarlo. Il cibo il più semplice e fluido in certi momenti non era tollerato, tanto meno il solido ed il carneo, mentre queste sostanze mi avevano giovato nelle croniche gastriti in ultimo stadio. Di che natura erano dunque tali gastriti? Io certamente confesso di ignorarlo, e mi limito a crederle specifiche, se è lecito servirmi di questa parola, perchè mosse da cause indubbiamente specifiche.

Queste gastriti hanno incominciato l'anno 1855; sviluppavansi di preferenza in coloro che si nutrivano di cibi grossolani, come i contadini e i poveri artieri. Le donne ne erano prese più di frequenti, perchè di fibra più delicata. Però non mancavano d'infastidire anche gli uomini, e fra quelli che usavano cibi migliori. I malati nel raccontare le loro pene portavano sempre la mano all'epigastrio, asserendo di sentirvi come una fascia che lo comprimesse, ed una certa oppressione di respiro. Le donne doveano tener larghe le vesti alla cintola, perchè erano loro di fastidio; dicevano che appena mangiato, il senso di oppressione si accresceva a doppi, e protestavano che avrebbero mangiato mai, se ciò fosse stato possibile.

Il male, dapprima leggiero, aumentava di giorno in

giorno, di mese in mese, di anno in anno, e quantunque fosse il dolore talvolta isolato, non era infrequente di scorgerlo complicato al reumatismo, o ad alcune febbri, le quali, anche tolta la gastrite, continuavano. Ne andarono maggiormente travagliate le donne soggette alle indigestioni e all'isterismo, e gli uomini malaticci o di tempra delicata.

Se una generosa applicazione di sanguisughe all'epigastrio non era sufficiente a porre in calma la gastrite, e dopo tre, quattro o sei giorni comparivano di nuovo i primi incomodi; conveniva ricorrere ad una seconda, ed anche ad una terza, e sempre collo stesso numero, fin tanto che fosse tutto cessato. Nelle forme più gravi conveniva insistere più a lungo. In una donna nella quale si era giunti all'ottava applicazione, ha giovato un largo vescicante tenuto aperto diverse settimane con unguento epispastico indolente. Favorita ed ottenuta la risoluzione, cambiai la dieta tenue in asciutta e carnea, che era digerita molto bene, ed a corroborare il ventricolo concorsero le decozioni amare, il bismuto, i marziali.

In alcune gastriti gravi complicate a febbre reumatica o irritativa, ovvero a saburra gastrica od alla miliare, la cura era più lunga. La miliare fu sempre d'incerto pronostico. Una donna di 36 anni, madre di 6 figli ancora in tenera età, molto povera, venne ricoverata presso un suo fratello che le usava molte premure; ma l'angustia della casa, la difficoltà di trovare assistenti durante l'allevamento dei bachi, la lunghezza della malattia, la costrinsero a ricoverarsi allo spedale. Essa avea febbre viva reumatica da 20 giorni, cefalea grave, lingua rossa ed arida, con papille rialzate nel centro, tosse leggiera o appena qualche conato di tosse inconcludente, anoressia, dolore acuto all'epigastrio sotto lieve pressione, senso continuo di languore, inquietudine generale, stitichezza, polsi stretti frequenti, pelle calda urente, sete

moderata. Meno qualche blando eccoprotico o qualche clistere per la stitichezza, nè brodi nè bevande prendeva la malata, perchè tutto le pesava, tutto la infastidiva, e talvolta anche vomitava, occorrendo delle ore a che le sostanze passassero nelle intestina.

Ostinata insisteva sempre la gastrite, e questa ostinazione mi facea temere della miliare, che per buona ventura non comparve. Ordinai per tre volte il sanguisugio all'epigastrio, e insistetti nel tamarindo, nel ghiaccio per bocca. Appena la febbre cessò, ricorsi al bagno tepido, che per debolezza la paziente non potè tollerare più di un quarto d'ora. Si incominciò allora coi brodi, coi pantriti, coi vermicelli, e mano mano che la digestione, confortata sempre cogli amari, si ristabiliva, si salì alle uova, alle carni bianche, al riso ristretto, ecc. La convalescenza fu lunga, forse non meno della cura, ma la salute fu tanto stabile, da non venire più molestata da incomodi.

Una signora, verso i 35 anni, con figli, era già da diversi mesi incomodata da disturbi di digestione, e suo marito che era farmacista tentò sopra lei varie medicine, ed altre ancora stategli suggerite non so da chi. Stanca infine della loro inefficacia, mi invitò ad assisterla. Prima di incominciare la cura volli essere informato di tutto, cioè dello stato anteriore, e delle prescrizioni esaurite, le quali consistettero in purganti blandi, nel rabarbaro, nella china, e nelle bibite di siroppo di tamarindo allungato coll'acqua, non senza aver tentato qualche amaro inutilmente. Dal racconto conobbi che la cura venne fatta senz'ordine e precisione.

Era apiretica, benchè sostenesse di avere la febbre, per un certo calore interno che provava, e alcune vampe isteriche che le salivano al capo; mi narrò che i suoi incomodi datavano da diversi mesi, tollerati senza lamento, e quasi all'insaputa del marito, ma quando lo

stomaco incominciò a tutto rifiutare, allora glieli fece palesi. La regione epigastrica era dolentissima; costretta a tenere aperte le vesti sul petto, non v' era cibo fluido o solido che potesse tollerare, e quando per timore della debolezza e dell'inedia ne assumeva alcuno, sentivasi subito male.

La prima ordinazione furono le sanguisughe in numero di 16, che la paziente aumentava a 20, le quali le apportarono un subitaneo sollievo. All'indomani gustava già una pronta salute, quando dopo 5 o 6 giorni il senso molesto ritornò, ma scomparve ugualmente con una seconda applicazione di sanghisughe; e questa volta il sollievo durò maggior tempo. In questo intervallo volle far uso di alcuni pantriti e panatelle da me proibite, sperando di ristorarsi da uno sfinimento che la teneva in angustia, ma presto si persuase che la dieta assoluta era necessaria, e che non dovea romperla, poichè il peso allo stomaco ricomparve, onde promise di non più interromperla senza mio ordine.

Ricorsi allora ad un terzo sanguisugio con 16 mignatte, e ne ebbe un sollievo tale, da credersi libera intieramente. Però le sue parole non mi assicuravano intieramente, e non ristetti dallo esprimere i miei dubbi, e di avvertirla di porre attenzione allo stomaco. Infatti sul decimo giorno si destò all'epigastrio, non più un dolore, ma una semplice molestia, pari ad una pienezza, benchè lo stomaco non contenesse nè cibo nè bevanda, e se alcuno le parlava di nutrirsi, essa medesima rispondeva non esserne tempo ancora, e non desiderarlo nemmeno. Onde liberarla anche da quell'incomodo, le applicai un largo vescicante alla regione epigastrica, che mantenni aperto più di tre mesi, colla pomata di Sainbois, e le somministrai una decozione amara di legno quassia, coi quali rimedj si riebbe alquanto. In luglio prese le acque di Re-

coaro, dalle quali provò giovamento. In seguito le concessi il cibo asciutto, che non potè continuare a lungo per esserle pesante, e infine risoluta di stare ai cibi buoni di famiglia, ora si sente libera del tutto.

Un caso che ebbe esito funesto, e che dimostrò all'evidenza la caparbietà di quelle gastriti, accadde in una donna verso i 50 anni, ancora robusta. Erano già diversi mesi che soffriva di indigestione e di inappetenza con disturbi isterici, e tollerava a stento i cibi della sua cucina. Sorpresa un giorno da febbre reumatica, sembrava che tutto l'elemento morboso si fosse scaricato sul ventricolo, imperocchè e rutti e acidità, vomiturizioni e vomito la molestavano appena prendeva qualche sorso di acqua, e peggio ancora se le bevande erano o di tamarindo, od acidule, per quanto grate. Nemmeno la più leggiera pressione era tollerata all'epigastrio, e sino le coltri del letto le davano fastidio.

Instituita una sanguigna generale, essa fu sollevata alquanto dalla febbre, non così al ventricolo, insofferente ancora di ogni cosa ingesta, onde il dì appresso feci applicare buon numero di sanguisughe a quella regione. Il vantaggio alla parte fu pronto, e la malata si trovò ristorata per alcuni giorni, sicchè potè prendere brodi e medicine senza essere disturbata. Ma al 7.° giorno si vide necessaria una seconda applicazione, dalla quale rimase sollevata intieramente. Proseguita poi la cura della febbre sino al 21.° giorno, essa cessò, incominciando allora la convalescenza. Dopo alcuni giorni la paziente si alzò dal letto, e postasi ad una finestra chiusa da cristalli, ad un tratto sentì un fracasso tale ed un tremito a tutta la casa, come se crollasse. Spaventata discese dalla sala nella corte per osservare cosa fosse avvenuto, e vide una parte del tetto caduto sopra la stanza vicina, da essa abitata. Fu tale il suo spavento, che le si destarono delle convulsioni, le sopravvenne la febbre, il peso

e il dolore all'epigastrio, l'inappetenza, e si rimise in corso tutto l'apparato della antecedente malattia, e per di più una impressionabilità morbosa mai sofferta prima.

La nuova cura intrapresa fece cessare dopo diversi giorni la febbre e le convulsioni, ma rimase l'inappetenza, quella prima impressionabilità, ed una sinistra prevenzione, che dicea di non poter bandire dalla mente. Nondimeno si pose ad alzarsi, ad appetire qualche cosa, quando ad un tratto giuntale all'orecchio la notizia della risoluzione improvvisa dell'unico suo figlio di volersi arruolare volontario sotto le bandiere del generale Garibaldi pel riscatto della Venezia, fu tale la scossa del suo animo, che le ritornò la febbre, si rinnovarono le convulsioni, l'inappetenza, i disturbi allo stomaco, da non poter ricevere nè cibo nè bevande, che tutto rigettava col vomito. A nulla valsero le sanguisughe all'epigastrio, a nulla le medicine apprestate, i rivellenti, che al 16.° giorno di quest'ultimo stato dovette soccombere.

La sezione del cadavere non mi fu accordata, nè potei ottenerla in altro caso simile, onde rimase insoddisfatto il mio desiderio di conoscere la condizione morbosa dell'interna membrana dello stomaco.

In alcune gastriti, allorchè furono lunghe e con febbre, comparve anche la miliare, il che riusciva sempre di grave imbarazzo, e spesso anche di pericolo all'infermo. Questo esantema, rarissimo da noi verso la fine dello scorso secolo, poco frequente anche in principio del presente, mentre dominava nel mantovano e nel veneto, ora si è reso famigliare anche nel territorio cremonese, proveniente dal comasco e dal milanese, non essendosi osservato così frequente mai prima che fossero infestate quelle due provincie superiori. Osservato per lo addietro soltanto in qualche febbre puerperale o nervosa, ora lo

si incontra in quasi tutte le malattie febbrili, persino nelle polmonie e nelle intermittenti, purchè il loro corso si protragga oltre il consueto, prolungamento che sembra procedere più dall'esantema miliare, che dalla febbre stessa.

Nel 1861 la miliare mi offrì maggior numero di casi e prevalse nei mesi di luglio, agosto, settembre e ottobre. La genuina febbre miliare si presentò in due soli casi; negli altri, o fu una complicazione, o un sintomo, e si associò alle febbri nervose, alle puerperali, alle gastriche, alle reumatiche, alle artritiche, alle intermittenti prolungate, e perfino ad alcune polmonie reumatiche.

La prima miliare legittima si presentò con remittenza terzana, sempre senza freddo, tranne nel primo accesso, che fu di pochi brividi; negli altri non vi fu che calore e sudore discreto. Il giorno della remittenza il malato assicurava di sentirsi bene, benchè vi fossero alcuni segni della febbre, il calore, cioè, della cute, e qualche frequenza dei polsi, e in quel giorno una parte dell'esantema si avvizziva, per ricomparire più diffuso nell'accesso seguente. Cosicchè la febbre indicava la parziale eruzione della miliare; la remittenza, la parziale disseccazione.

Le miliari che si associavano alle febbri gastriche e alle nervose non soltanto complicavano le febbri, ma le rendevano pertinaci e diuturne, costretto il paziente, dopo superata la malattia, a percorrere una lunga e stentata convalescenza piena di riguardi. Un'artritide reumatica con miliare, giunse sino al 45° giorno in una giovane robusta, e la sua convalescenza non fu al certo meno breve della stessa malattia, tanto fu il dimagramento e la debolezza cui venne ridotta.

Non occorre avvertire, che la cura di quelle febbri fu varia a norma della natura delle affezioni alle quali la miliare si associava. Nelle gastriche erano indicati i blandi

purgativi, qualche salasso prima dell'esantema, il sanguisugio all'epigastrio nel dolore di questa regione, l'ipecacuana a piccole dosi, il tartaro stibiato quando la lingua era coperta di strato saburrale, le decozioni di tamarindo; e non fu infrequente il bisogno del chinino quando la febbre segnava un corso remittente con qualche sudore, ciò che fu osservato in alcuni casi.

La indicazione del chinino fu maggiore nelle febbri reumatiche, nelle artritiche e nelle nervose con miliare, tanto più se mostravano della remissione. Allorchè in queste ultime compariva il vaniloquio, o qualche pesantezza al capo, ricorreva alle lozioni fredde sulla parte ed anche al ghiaccio chiuso in vescica, senza smettere mai il chinino.

Un'altra forma morbosa che si rese molto frequente dopo le miliari, furono le nevropatie del 5.° pajo cerebrale, e del 3.° Tra le principali si distinsero le frontali, le quali incominciando al mattino terminavano verso le ore 3 o 4 pomeridiane, oppure quietavano di giorno e comparivano sull'incominciare della notte per cessare al mattino, lasciando nella parte una leggiera sensazione dolorosa indifferente. Erano fitte lancinanti, tormentose, momentanee, dapprima leggiere e staccate, in seguito più frequenti e gravi, da costringere il malato a chieder istantaneo soccorso. Premesso un purgante, talvolta il sanguisugio dietro l'orecchio, il chinino coll'oppio a dose generosa, usato due, tre, quattro e più giorni di seguito nella ostinazione del male, giungeva ad arrestarle. Apprestato a dose minore, e non ripetutamente, il male mitigavasi in sul principio, ma presto ricompariva co' suoi tormenti.

Una nevropatia frontale assai cruciante avea colpito un robusto contadino affittuale, che assistito da mio figlio con purgante, sanguisughe ed un rivellente dietro l'orecchio dallo stesso lato, poscia con due dosi di chinino ed oppio, ne era stato presto liberato. Il malato non avendo

in seguito usato i dovuti riguardi impostigli, ed essendosi esposto in giorni freddi ed umidi alla campagna, ricadde subito nello stesso male, e con tale forza, che le sue grida si udivano da lungi e movevano a pietà. Cresciuta la dose del chinino e dell'oppio, il primo ad un grammo, il secondo a 15 centigrammi al giorno, ottenne dopo sei dosi la guarigione, senza più incontrare la recidiva, quantunque fosse ritornato ai lavori dei campi.

Un caso di nevralgia facciale (*tick douloureux* de' francesi) accadde in una donna di circa 30 anni, madre di più figli, robusta. Esso non serbava in principio nè ordine, nè intermittenza, ma dopo tre giorni assunse il tipo notturno con incredibile fierezza. Le grida della paziente svegliavano i vicini di casa, che mossi a pietà, si alzavano per soccorrerla. Occorsero più di 14 giorni di cura sedativa con chinino ed oppio a larga mano dispensati, per sollevarla del tutto.

Dopo le retro notate nevropatie reumatiche, molte altre della stessa natura, e non meno gravi, ne insorsero alla regione temporale, dette dal volgo flussioni, alle quali si univano di frequente le odontalgie, derivanti dall' inferior ramo del 5.° pajo cerebrale, di straordinaria forza, da indurre i malati a chiedere con molta istanza un pronto soccorso. In principio sembravano mantenere un corso quasi continuo, perchè gli accessi si accostavano e si fondevano tra loro, e in allora riusciva a meraviglia il metodo antiflogistico, dopo di che il chinino e l'oppio, proseguiti più giorni, le troncavano nettamente.

Oltre le flussioni reumatico-nervose, a compire l'iliade de' mali di quella costituzione morbosa, altre ne insorgevano in diverse parti del corpo con insolita fierezza e caparbia. Erano artralgie reumatiche che intaccavano la sommità delle spalle, o il plesso ischiatico, distendendosi lungo la muscolatura della coscia sino al ginocchio, o dal deltoide a tutto il braccio sino al cu-

bito, intaccando anche le articolazioni. Tutte queste affezioni serbavano generalmente un corso remittente, e più tardi, dopo una cura preventiva antiflogistica e rivellente, l' intermittente.

Per esse occorrevano il salasso, o il sanguisugio se vi era febbre, le frizioni oleose, qualche linimento irritante mattina e sera, ovvero, nell'ostinazione dei dolori, l' unguento di china in frizione, non che il chinino coll' oppio all' interno, quando i parossismi erano chiari e staccati.

Considerando coteste malattie tanto nella loro forma e moltiplicità, quanto nella loro natura, chi non rileva in esse la medesima causa, e quindi non le fa derivare tutte dal principio reumatico, originato dalla generale influenza atmosferica che ha dominato fin qui, e che continua ad assalire i nostri corpi?

Oltre le nevropatie reumatiche, altre ne comparvero di non diversa indole, ancor più gravi per la forma, l'ostinazione, la gravità, e il morale abbattimento che inducevano. Quattro ne avvennero per sventura nel mio quartiere, che meritano di essere riportate. La prima comparve l' anno 1864 in estate, in una signora d' anni 28 circa, madre di tre figli, di robusta costituzione fisica, sempre stata sana, senza dispiaceri famigliari.

La malattia nel complesso presentava quattro parossismi nelle 24 ore. Il primo compariva alle 2 antimeridiane, il secondo tra le 9 e le 10 del mattino, il terzo tra le 3 e le 4 pomeridiane, ed il quarto tra le 9 e le 10 di sera. Duravano ciascuno da un' ora ad un' ora e mezza. Il primo e l' ultimo erano uguali nella forma e nel grado, minori in confronto del 2.° e del 3.°, per esser questi violentissimi.

Ai due parossismi leggieri primo ed ultimo precorreva sempre un senso di malessere, di prostrazione generale, di moti convulsivi interni, accompagnati da sinistra pre-

venzione di morire, a cui susseguiva un affanno grave di respiro, una forte oppressione di stomaco con senso di vomito, che non si effettuava, un sussurro delle orecchie e nell'interno del capo, come di vento che dentro vi scorresse con fracasso, ed anche di fiamma, che dallo stomaco salisse al capo, che facevale momentaneamente smarrire l'udito e la vista. Questi fenomeni erano talvolta accompagnati da tosse secca, e da balordaggine.

Gli altri due parossismi più forti, il secondo ed il terzo, oltre l'aumento esorbitante de' sintomi sopra annunciati, aveano seco delle contrazioni crampiche nelle mani e nei piedi, e sino nelle gambe, da doverle stringere ed allentare per farle cessare; un certo smarrimento de' sensi e della mente, da scuotere di frequente il capo e la persona per riaversi; delle vertigini tali da far credere all'inferma si rovesciasse il letto seco lei insieme alla stanza. Le espressioni di morire erano incessanti: « sig. dott. io muojo », diceva essa, « mi ajuti che io muojo », e al comparire di qualche persona amica o parente, chiedea perdono se per avventura le avesse offese. L'apparato morboso durava un'ora circa senza interruzioni, dopo di che diminuiva a rilento, senza che il parossismo si fosse estinto affatto, poichè gli abbagliamenti della vista, le contrazioni muscolari alle gambe, alle dita delle mani e dei piedi ed il formicolio, il timore di morire sussistevano sempre, e la inferma versava in continuo timore, e in paurosa aspettativa del nuovo parossismo.

Nove giorni erano passati senza che il male dasse segni di diminuzione, in onta alla cura insistente ed attiva. In principio, considerata la robustezza della paziente, fu instituito un salasso, il sanguisugio all' epigastrio e alle tempia, furono dati purganti ed antelmintici, si applicarono i vescicanti dietro le orecchie. Ma scorgendo l'inefficacia loro, e d'altra parte rilevando in quella malattia una natura eminentemente nervosa, ricorsi allora alla china unita

ai calmanti. La prima prescrizione fu di un grammo di chinino con 20 goccie di laudano liquido in un veicolo di 75 grammi di acqua con grammi 40 di siroppo semplice. Dopo due giorni, non osservando una diminuzione de'sintomi, aumentai il chinino a 125 grammi con 25 goccie di laudano liquido in un veicolo di 80 grammi di acqua comune, e con 50 di siroppo semplice. In questo intervallo vennero chiesti varii consulti, ma i pareri furono discordi; chi sosteneva esservi bisogno ancora di metodo antiflogistico e purgativo antelmintico; chi facea riflettere alla troppa dose del chinino e del laudano; chi infine, e questi fu il più sincero, non si volle dichiarare nè per l'una, nè per l'altra opinione, per non aver osservato mai un caso di tanta gravità, e di forma così singolare, rimettendosi a me come il più provetto. Tutti i medici invitati convennero di non aver osservato mai un caso di tanta imponenza.

Avendo sin da principio preopinato per la natura nervosa di tale affezione, indotto anche dalla influenza dominante, e considerato che i fenomeni morbosi non aveano mai variato che nella intensità, non mi volli rimovere dalle prime prescrizioni; anzi, riflettendo al crescente aumento del male e alla sua ostinazione, portai il chinino a 1,50 centigrammi, ed a 30 goccie il laudano.

Applicato un largo vescicante all'epigastrio, e amministrata la mistura colla solita norma, senza osservarne un effetto favorevole, raccomandai all'assistente di abbreviare il tempo della presa del rimedio. A ciò aggiungendosi la premura della malata, la seconda dose prescritta alla sera era esaurita alle ore 9 e $^{1}/_{2}$ del mattino. Il marito scorgendo il vaso vuoto, si recò in fretta alla farmacia a procurarne un'altra dose, la quale alle 6 ore pomeridiane era parimenti esaurita. Cosicchè la malata in poco più di 26 ore prendeva tre grammi di chinino, e 60 goccie di laudano liquido.

Nella notte incominciò a gustare qualche sonno, interrotto da sogni inquieti, che comparvero ancora per altre due notti. In seguito, diminuito il rimedio giornalmente, ricuperò la salute senza interruzione.

Occorre di notare che non tutti i fenomeni morbosi svanirono intieramente colla guarigione, perocchè alcuni si mantennero anche in appresso, ma in grado assai minore; ed erano la rigidezza delle dita e delle mani, quell'aura che saliva dallo stomaco al capo ed oscurava i sensi, dei leggieri stordimenti, onde temevasi che il male potesse di nuovo ricomparire. Ora è affatto risanata.

Un altro caso l'ha offerto una donna di 44 anni, con 7 figli viventi, di costituzione fisica robusta e sana, in concordia colla famiglia, maritata con un oste del paese. Il parossismo di quella nevropatia era unico e terzano di tipo, compariva alle ore due dopo mezzanotte immancabilmente, e durava continuo più di un' ora. Erano interni movimenti di tutto il corpo, sotto forma convulsiva, che dalle estremità inferiori salivano all' epigastrio, poscia al capo con sensi di vertigine, di soffocazione, di formicolio e tremori alle estremità, cardiopalmo, frequenti sospiri, accompagnati da un timore grave di morire. Sotto queste morbose impressioni essa era molto inquieta pel suo stato, e chiedeva ajuto al marito e a quanti le si avvicinavano, pregandoli che andassero in traccia del medico e del sacerdote.

Alla mattina, chiamato per tempo a visitarla, la rinvenni molto abbattuta ed avvilita. Appena alla sua presenza pronunciò delle parole in questo senso: « Sig. dottore, sono perduta! Che se oggi o domani questo male
» ritorna, non potrò al certo sopravvivere, perchè non
» mi sento forte abbastanza per sostenerlo. Se Ella fosse
» stato presente questa notte, se ne sarebbe persuaso, e
» fors'anche l'avrebbe alleggerito. Mio marito non ha vo-

» luto alzarsi per non svegliare la famiglia, e per non « disturbarla, avuto riguardo alla di Lei età, e alle fa» tiche che sostiene tutto il giorno. Quando a Dio piac» que, il male se n' è dipartito, non però affatto, giac» chè sento ancora alcuni di quelli incomodi, sebbene in » minor grado ».

Considerata la robustezza dell'inferma, la sospensione da diversi mesi dei corsi lunari, benchè non fosse gravida, e l' abitudine che aveva ai salassi per qualche difficoltà di respiro nelle stagioni di inverno e di primavera, e per cefalee ricorrenti, le prescrissi un salasso, l' infuso lassativo, due piediluvi sinapizzati mattina e sera, e stetti ad osservare cosa accadesse. L'avvertii di chiamarmi tosto che fosse aggredita dal male, ed a qualunque ora, per osservarlo in tutta la sua forma sintomatica. Nella notte successiva nessun accesso, tranne qualche veglia prodotta più dal timore di essere aggredita di nuovo, che da altro.

Alla mattina successiva avea mangiato una panatella due ore dopo il purgativo, e visto trascorrere un giorno senza male, gustava già la speranza che più non ritornasse. Il polso era normale, la cute fresca, la lingua impaniata, minori le impressioni nervose lasciate dal parossismo della notte scorsa. Il medesimo stato al dopo pranzo.

Collocatasi a letto alla sera, si addormentò subito senza sogni inquieti, ma alla stessa ora, ossia alle due dopo mezza notte, si sveglia con inquietudine, si sente soffocare, manda un grido, insorgono i tremori negli arti. Il marito destatosi, corre tosto a chiamarmi.

Accostatomi a lei, la trovo mesta, lagrimosa, in mezzo alle convulsioni; le sue parole erano quelle della rassegnazione; diceva di non guarire più, perchè un male si grave, non è sopportato nemmeno dalle bestie; che se ritornasse un'altra volta, ritiensi irreparabilmente perduta.

Mi chiede un rimedio pronto ed energico, e le prescrivo una soluzione satura di morfina da prendere a cucchiaj ad ogni ora, allo scopo di calmare intanto il male, ed il suo animo. Esamino il polso, e lo trovo stretto e frequente; alquanto convulse le braccia, nessuna sete, lingua umida e normale, non appetito, stitichezza, orine chiare.

Propongo il chinino, ma lo rifiuta, adducendo che le ingombrerebbe maggiormente il capo e le aumenterebbe l'interno calore. Insisto sulla necessità di questo rimedio, e di nuovo lo respinge, perchè il suo stomaco mal tollererebbe quell'ingrato sapore, e lo rigetterebbe al certo per vomito. Per giunta il marito non le fa animo a prenderlo. Persisto ed aggiungo essere il chinino l'unico rimedio che le può apportare la guarigione. Ad ogni buon conto lascio la ricetta sul tavolo, ed indico come debba esser preso, e consumato nella giornata.

Alle due ore pomeridiane avea già preso un terzo della soluzione, composta di un grammo di chinino con 16 goccie di laudano, dose che ripetuta il giorno appresso, al dopo pranzo era già terminata.

Il terzo parossismo ritornò con tutti i sintomi degli altri due accessi, non però così intensi; la malata era alquanto tranquilla. Proseguì gli altri due giorni a prendere la stessa soluzione, ed il quarto parossismo fu ancora più mite. Raccomandai di non desistere dal rimedio per altri due giorni, ed il 5.° parossismo riapparve appena percettibile.

La non totale scomparsa degli accessi mi persuade che il male non è intieramente vinto, e perciò scorgo la necessità di dover insistere nel rimedio, e lo impongo. Ma la paziente non mi ubbidisce intieramente, e ne avanza buona parte. Sopraggiunto il sesto parossismo, espongo i miei dubbi sulla presa del medicamento, dubbj che non tardanò a verificarsi. Con quella pertinacia di pro-

posito, che in questi casi è il primo dovere del medico, la riprendo della sua trascuratezza, e le dichiaro ch'essa pone a repentaglio, non solo la salute, ma l'esistenza. Onde scusarsi soggiunse, che quella mistura le era divenuta intollerabile, e che il suo stomaco la rifiutava. Promisi di cambiare la formola, e prescrivere il rimedio in pillole, aggiunti al bisogno i clisteri sedativi per avvalorarne l'azione, assicurandola non esservi altro mezzo per raggiungere la guarigione.

Persuasa finalmente a sottomettersi, assume le pillole indicate per 8 giorni di seguito, e gli accessi morbosi in quel frattempo cessarono del tutto. Devesi notare, che anch'essa continuò a soffrire per un certo tempo delle turbe nervose, e ne soffre tuttora dopo due anni, benchè più non le déstino le impressioni sospette di prima.

Per questi ultimi incomodi essa non ha dimenticato di chiedere consigli dai medici di città e della stessa Milano, senza averne, come mi ha assicurato più volte, ottenuto alcun vantaggio, ed ora è persuasa che solo il tempo possa apportarle la calma assoluta.

Il terzo caso mi è stato offerto da una donna di 34 anni, maritata, con 7 figli, senza discrasia, di ottimo temperamento e carattere, ma di squisita sensibilità. Nell'agosto 1865, un giorno verso le ore 5 pomeridiane si trovò investita da malinconia profonda, con sinistra prevenzione di morire; da oppressione di respiro, da tremori degli arti, da palpitazione di cuore, e da un movimento convulsivo interno, che non sapea spiegare, ma che le offuscava i sensi e l'intelletto. Il parossismo le durava circa un'ora e mezza. Nel rimanente del giorno quelle morbose sensazioni facevansi assai minori, ma l'agitava forte il timore d'incontrare di nuovo lo stesso male, e di morirne. La sua intelligenza non era alterata, e se il suo buon umore primitivo era scemato d'assai, non era però perduto, perchè appena godesse di qualche calma, ritornava

tosto allegra. All'incontro quando era sorpresa dagli incomodi nervosi, n'era preoccupata, e passava facilmente in malinconia.

Premesso un blando purgativo, passai alle pillole di chinino e di oppio, che prese otto giorni di seguito, non senza qualche ripugnanza. L'accesso convulsivo sparì. Ma come nei narrati due casi, rimasero vive anche in lei alcune sensazioni morbose, che la mantenevano in sinistra apprensione

Desiderando liberarsi anche da quelle molestie, volle recarsi a casa sua, lontana circa 9 miglia, a consultare il suo vecchio medico, ed altri ancora del vicinato, e dopo 15 giorni di assenza, ritornò, non so con quali consigli e medicine, insoddisfatta.

Quei leggieri incomodi convulsivi non erano ancora cessati da sei mesi, ma solo diminuiti, e per quanto mi affannassi a persuaderla della loro innocuità, e che non si sarebbero fatti maggiori, non giungeva a convincerla. Prescrissi pillole di assafetida, fiori di zinco, ed altri antispasmodici, ma senza pronto ed evidente sollievo. Onde la paziente finì a disgustarsene e ad abbandonarle.

Ora osservando che dopo 20 mesi i suoi disturbi sono più tollerabili, ne attende con calma la totale scomparsa. Incontratala un giorno per via, la rinvenni tranquilla e convinta che solo dal tempo poteva sperare il suo ricomponimento.

Il quarto caso poco dissimile dai precedenti fu presentato da una giovane di 23 anni, sana, ma di fibra delicata, e di esaltata fantasia, la quale soffre da 14 mesi di un dolore quasi continuo al costato sinistro inferiore, e all'esterno della mammella, sul quale vennero applicate sanguisughe, rivellenti, e unguento di china con morfina. Esagerando i suoi patimenti, essa si dice ammaliata e consunta; ma è pur vero che il suo male, come

nel caso antecedente, mostrò una grande ostinazione, e non cedette che imperfettamente alla stessa terapia.

Durante cotesta costituzione atmosferica morbosa si ebbero negli ultimi anni altre più formidabili malattie. Sino dal 1864 si sono osservate delle morti improvvise più del solito numerose, delle apoplessie con emiplegie di frequente mortali, delle congestioni cerebrali, molte vertigini da stramazzare a terra, alcune delle quali finirono con esito letale.

Le morti improvvise furono sequela di antiche e recenti alterazioni del cuore, e dei grossi vasi arteriosi, indiziati molto tempo prima dai disordini funzionali del centro della circolazione, e gli accessi asmatici ne erano sempre di funesto preludio.

Gli assalti apopletici erano, come ho accennato, seguiti da paralisi di uno dei lati del corpo, e spesso deludevano la cura più pronta ed attiva, seguendone al 2.° o 3.° giorno il coma, e dopo qualche giorno la morte.

I soggetti che caddero nella pazzia, in parte non erano pellagrosi. Quantunque alcuni fossero agricoli, non si rinvenne in essi traccia di pellagra, e nemmeno l'ereditaria predisposizione alla medesima. Sembrava che bastasse una causa morale per sviluppare il dissesto mentale, come la paura, l'amore deluso, una superstiziosa impressione, un forte patema di animo.

Una giovane contadina, di 19 anni, ben nutrita e menstruata, con genitori scevri da pellagra, venne accolta nello Spedale lo scaduto mese di marzo 1867 per alterazione mentale. Questa giovane, essendo indisposta, narrava alquanti giorni prima i suoi incomodi ad un empirico, il quale le avea prescritte le sue ordinazioni. Interrogatane in appresso, se le aveva adempite, alla di lei negativa risposta, quell'impostore esclamava: Vattene, tu non guarirai più finchè vivrai; il che la avea straordinariamente turbata. Al suo ingresso all'ospedale, la malata

non accusava nessuna molestia al capo, ma dal turgore del viso, dagli occhi rossi ed injettati, dal calore in tutto il capo sensibile alla mano esploratrice, si dinotava lo stato di congestione cerebrale. Essa avea tratto tratto dei subitanei movimenti e sussulti di tutto il corpo, da sollevarlo a scosse dal letto; lo sguardo bieco, sempre rivolto ad un dei lati della sala; appena accostavasi alcuno, indicandolo col dito: scaccia, scaccia, gridava, è là quell' uomo che mi guarda, scaccialo, scaccialo, che mi fa paura. Sembrava diffatti che nelle sue allucinazioni rivedesse l'individuo, le cui parole, credute vere, aveano fatto tanta impressione sull'animo suo.

Constatata la congestione cerebrale, incominciai a trattarla con metodo antiflogistico, cioè due salassi, sanguisugio in copia alle tempia e dietro le orecchie, ghiaccio sul capo, vescicante alla nuca, purgativi col tartaro stibiato. Con tali mezzi dopo 10 giorni le allucinazioni scomparvero; non più parole incongrue, non più il turgore del viso e degli occhi, il calore al capo, e la malata si avviava già alla convalescenza. Quando dopo una settimana, verso il pomeriggio insorsero fitte dolorose alla sommità del capo, dirigentisi ora alla fronte, ora verso le tempia, che rare e leggiere il primo giorno, all'indomani alla stessa ora divennero frequenti e crudeli, obbligando la paziente ad empire colle sua grida la sala, e cessando la sera.

Il sanguisugio al capo, e due mosche dietro le orecchie non fecero che esacerbare la malattia, perocchè il seguente accesso fu ancora più intenso del primo. Allora ricorsi tosto al chinino coll' oppio per cinque giorni continui, amministrato in polvere, dopo il qual tempo la nevropatia cessò del tutto.

Due giovani contadine, una di 25 anni, l'altra di 22, vennero accolte nello scorso dicembre 1866 nello spedale a 24 giorni di distanza l' una dall' altra, affette da ma-

nia. Nella prima la pazzia era furiosa. Credesi che la causa sia stato spavento riportato da due cani mastini a guardia di un mulino, accorsi impetuosamente, a suo credere, per afferrarla, dai quali si salvò in una folta macchia di spine. Curata con metodo antiflogistico, fu spedita il terzo giorno al manicomio di Cremona, donde ritornò guarita dopo due mesi di cura.

La seconda presentava una forma malinconica; con caparbietà insuperabile rifiutava i rimedi ed i cibi, chiudendo fortemente la bocca. Stava sempre coperta leggermente, seduta sul letto, benchè la sala non superasse il 7.° grado R., senza mai lagnarsi di freddo; mormorava tra sè parole inintelligibili, faceva strani gesti, e non obbediva ad alcun comando. Però la infermiera incaricata di assisterla, pervenne a rilevare, che la causa della sua pazzia era l'amore deluso. Nessuno della sua famiglia era stato pazzo. Allontanatasi per cangiamento di domicilio dall'uomo che amava, nè più vedendolo comparire, cadde in profonda malinconia. Parlava poco, talvolta non rispondeva, o rispondeva astrattamente alle domande che le erano dirette, tant'era immersa nella sua idea fissa. Si portava di frequente sulla porta della casa, altra volta girava solitaria per la campagna, evitando di essere veduta. Infine ad un tratto si spiegò in lei la vera pazzia.

Accolta nello spedale, ed osservato che la malattia era piuttosto profonda e grave, dopo due giorni di assistenza fu condotta al manicomio di Cremona. Ella vi morì dopo qualche mese di dimora.

Tra le congestioni sanguigne cerebrali si distinse quella toccata ad una certa Bonfanti, nubile, d'anni 24, contadina, robusta ed attiva al lavoro, sempre stata sana in sua vita. Soffriva da qualche tempo un dolore di capo, che aumentava di dì in dì, senza manifestarlo ai parenti,

i quali accortisi di malessere, e di insolito sbalordimento, le ordinarono di farsi visitare dal medico del quartiere, senza che ella obbedisse. Condotta dalla madre quasi a forza a casa mia, la riconobbi affetta da grave congestione cerebrale. Avea testa calda e grave, accusava sulla sommità del capo la sensazione come di un corpo che vi pesasse sopra fortemente; pupilla dilatata, stupidità tanto nella fisonomia, che nelle risposte; confessò inoltre di soffrire tali vertigini, che le sembrava di cadersene a terra, se presto non si appoggiava ad un corpo fermo e sodo. I suoi polsi erano stretti e lenti, fredde le estremità; non avea fame, nè sete. Riconosciuta la gravità del caso, raccomandai di inviarla subito allo spedale, e vi giunse contro sua voglia il dì seguente.

Ivi accolta, fu prescritto tosto un salasso generoso, un purgante attivo dopo mezz'ora dalla sottrazione sanguigna, ed un leggier infuso d'orzo con tartaro stibiato. Al dopo pranzo 18 sanguisughe al capo. Al mattino seguente era rischiarata di molto nelle facoltà mentali, sussisteva l'inappetenza, e la lingua sporca. Non essendo ancora cessato il calore e il peso al capo, ripeto il sanguisugio, e proseguo la sola soluzione stibiata, che avea apportato delle scariche.

Al dopo pranzo era marcato il miglioramento; le sue facoltà presentavansi, si può asseverarlo, normali; si diceva guarita, pregando di lasciarla partire dallo spedale. A stento e con plausibili ragioni la si trattiene ancora due giorni. Al sesto dì della cura viene consegnata alla madre, che la conduce ai paterni focolari.

Appena a casa, senza frapporre indugio, ritorna al lavoro della campagna, mentre spirava un forte vento d'oriente, e continua ad esporsi quattro altri giorni senza alcuna precauzione. Al 7.° giorno il dolore di capo ritorna, le si confonde la mente, succedono le vertigini, e all'indomani la malata vaneggia. Accorre mio figlio

ad assisterla, fa uso dei salassi, prescrive il sanguisugio, che riesci in numero insufficiente per la povertà della famiglia, pone alla nuca un largo vescicante, ricorre al tartaro stibiato, e nondimeno la malata continua a peggiorare, e in questo stato è di nuovo ricevuta nello spedale.

La sua fisonomia era stupida, in grado assai maggiore di prima; poco sapeva di sè e de' suoi atti; scossa ed interrogata ad un tempo, si svegliava, riconosceva, ma rispondeva con tronchi detti, e qualche volta con cenni del capo; mandava frequenti e profondi sospiri dal petto; i suoi occhi erano sempre chiusi; portava spesso la mano al capo, la fronte e la testa erano caldissimi; alzata la palpebra superiore, larga era la pupilla, e poco sensibile alla luce; i polsi erano piccoli e stretti, pallido il viso, il ventre stittico da tre giorni. Ordino nondimeno un salasso, che viene instituito all' istante, e sedici sanguisughe 8 ore dopo il salasso, due larghi senapismi alla nuca e alle piante, un infuso lassativo pel mattino, tartaro stibiato in decotto d' orzo.

Alla visita del 30 marzo scorgo del sollievo nell' inferma; più chiara la fisionomia, qualche intelligenza, risponde alle domande con lentezza, gli occhi sono aperti, e larga ancora la pupilla, accusa gravezza al capo, polsi alquanto più liberi. Due scariche alvine di qualche consistenza. Al dopo pranzo un' altra scarica, maggiore intelligenza; ha grave però ancora il capo, e continua a portarvi sopra la mano destra, i polsi tardi e stretti. Altro sanguisugio. Si continuano i senapismi alla nuca e alle piante; bibita di siroppo di tamarindo raffreddata col ghiaccio, tartaro stibiato, ghiaccio al capo con vescica.

Al mattino del giorno 31 si presenta maggior sopore, che incominciato alle quattro pomeridiane, termina alla mezza notte. Scossa, non risponde; altre 12 sanguisughe

alla testa, si rinnovano i senapismi alle piante, si mantengono aperti i vescicanti dietro le orecchie. Al 1.° aprile subentra il collega dott. Fortis, e la trova alquanto svegliata.

Il trattamento non è cambiato di un punto, il collega riconoscendo la necessità di insistere in esso. Al 7 di aprile la paziente muore.

Meritano pure di essere ricordati due casi di congestione grave cerebrale, causa di pronta morte, accaduti nello stesso mese di marzo 1867, a 15 giorni di distanza tra loro. Erano due spose contadine, di circa 20 anni di età, da pochi mesi conjugate. Da diversi giorni soffrivano di dolore intenso al capo, che non palesavano ai mariti, nè alla famiglia in cui erano entrate, ma soltanto ad alcune amiche in secreto. L'ultima sera fu crudelissimo, e nol potendo più sopportare, dal convegno della stalla furono condotte a letto. Ambedue chiamavano il medico, che per essere a qualche distanza arrivò quand'erano già estinte.

Nel tempo stesso, e anche prima e dopo, furono così numerose le cefalee, la pienezza sanguigna di capo e le vertigini, da non averne osservate altrettante mai nel corso della costituzione attuale; non v'era febbre che non avesse seco questi sintomi in grado eminente. Tali congestioni, o si dissipavano colla cura della malattia principale, o se rimanevano, come accadeva di frequente, assumevano d'ordinario un corso remittente, o intermittente, ed allora il chinino le disperdeva intieramente.

Non tacerò di altre malattie di diverso genere, ma di non minore importanza, apparse in quasi tutto il corso della corrente costituzione morbosa. E queste furono le efflorescenze cutanee, ora sotto forma di eritemi, di piccole e grandi vescicole somiglianti al pemfigo, di pustole, di furoncoli suppuranti, come pure di fuoco sacro, e di resipole che hanno imbrattato la cute di vec-

chi e di giovani senza distinzione di età e di sesso; eruzioni che dopo avere secreto umori sierosi e purulenti, lasciavano sulle parti delle croste ed escare dure, e delle ulceri, o macchie oscure alla loro caduta.

Se poi la eruzione si apprendeva alle gambe, ne conseguivano talvolta delle ulceri, allo stato cronico. Un giovane di 18 anni entrato in questo spedale con varii furoncoli alla gamba sinistra, ne ebbe al lor luogo ulceri così ostinate, che la cura costò quasi due mesi per ottenere una solida cicatrizzazione.

Singolare poi era l' incontrare ad ogni qual tratto per istrada delle donne con bambini lattanti coperti la faccia ed il corpo di piccole pustole, o furoncoli, che li rendeano quasi mostruosi e ributtanti.

Di frequente uomini e donne mi arrestavano, mostrandomi e braccia, e piedi, e spalle, e petto coperti di questi sfregi, alcuni dei quali larghi e approfonditi nei tessuti.

La cura che ho trovato migliore per queste eruzioni cutanee, era l' uso di topici emollienti, di bagni locali e generali di acqua di malva tepida, e nelle abrasioni e nelle ulcerazioni di unguento di olio e cera finchè durava la flogosi, di empiastri mollitivi quando erano confluenti, come nel fuoco sacro. Allorchè poi si formavano delle vere ulcere, aperte da qualche tempo, e calmato era il processo flogistico, ricorreva all' unguento essiccante di cerussa, o alla soluzione di estratto di saturno sulle parti. Nel tempo stesso ordinava ai poveri di prendere internamente il decotto di gramigna col cremore di tartaro e lo succo di limone con zuccaro, bevanda che era pure somministrata facilmente anche ai piccoli fanciulli.

Nelle risipole usava internamente le polveri risolventi di tartaro stibiato e cremore di tartaro a dosi refratte, ricorrendo insieme all' unguento di Velpeau, che

le dissipava in pochi giorni insieme alla febbre che le accompagnava.

Come avvengano siffatte eruzioni, agli antichi era agevole spiegarlo colla dottrina umorale. Supponevano che un principio eterogeneo venisse introdotto nel sangue mediante le sostanze alibili, ovvero spontaneamente si generasse nell'economia animale, e venisse deposto dal sangue nella cute, a mezzo delle suddette eruzioni. Per guarirle, secondo essi, era d'uopo espellere dal corpo quel principio morboso, quella acrimonia, con sostanze a ciò adatte, ovvero neutralizzarlo, onde renderlo indifferente alla fibra animale. I moderni, combattendo la dottrina dell'erpetismo, e considerando le malattie della pelle come semplici manifestazioni ed alterazioni locali, hanno resa più difficile la spiegazione di certe forme, che evidentemente si collegano ad uno stato generale, diatesico.

Come adunque, o da qual causa insorsero le molteplici eruzioni cutanee, che quasi dal principio alla fine di questa influenza atmosferica hanno continuato a comparire? Sono esse derivate da un principio inaffine alla assimilazione e alla nutrizione, che la natura tenta di espellere per la cute?

Benchè la risposta a tali domande non sia facile e sicura, mi si presenta una spiegazione. Si è accennato che la costituzione epidemica in corso ha agito morbosamente tanto sui corpi animali, che sui vegetabili, e massime sopra questi, in modo da conseguirne alterazione e distruzione dei frutti e dei grani che nutrono le popolazioni. Ora quando i prodotti vegetabili hanno sofferto nella loro compage, è raccomandato dall'igiene di non farne uso, o scarso e corretto, per essere nocivi. Ma il popolo fa poco caso di questo divieto, astretto dalla miseria, talvolta dall'ingordigia, o dall'avarizia. Inoltre non va pel sottile nella scelta delle sostanze alimentari, purchè siano a buon mercato, nè riflette all'in-

fluenza patita, nè ha cognizioni bastanti per distinguerne le qualità, massime quando poca è la differenza nei caratteri esterni fra le qualità sane e le avariate.

Che i grani e le frutta alterate facciano male ai corpi e producano anche delle malattie, egli è un fatto certo e comprovato. La segale nelle regioni settentrionali si altera per gli sconcerti atmosferici, per la umidità e pel freddo prolungato, cambia la sua forma, presenta uno sperone allungato, e si converte in veleno. I popoli dell'estremo Nord che vivono quasi di pesci, talvolta alterati e guasti per lunga conservazione, vanno soggetti a certe cutaneé eruzioni. Nella Colombia e nell'alto Messico, dove il grano turco alterato è somministrato, nella prima regione all'uomo, nella seconda ai cavalli: nei primi produce la caduta dei capelli, detta da quel popolo *pelladino*; nella seconda l'*emmaisadura*. (V. « Annali Universali di medicina », fascicolo di febbrajo 1866. Memoria del dott. Pellizzari).

Se questi sono incontestabili esempi dell'azione funesta delle cattive sostanze alimentari sui corpi viventi, ci sarà permesso di considerare come tali anche gli esempi che si offersero alla nostra osservazione, di malattie consecutive all'uso costante di alimenti incongrui od alterati. I quali per opera della digestione e dell'assorbimento inquinando l'organismo di principj disaffini e deleterj, lo disposero a speciali forme morbose, e suscitarono le salutari reazioni ed eliminazioni della natura medicatrice. Con ciò si spiegherebbero molte delle dermatosi da noi accennate, senza ricorrere alla antica ipotesi delle acrimonie, e dissotterrare principj scientifici sepolti da qualche secolo.

Tutti gli osservatori convengono che il reumatismo è malattia, che può attaccarsi a quasi tutte le parti dell'organismo, e le può una dopo l'altra investire. E benchè prediliga la tela fibrosa, o fibro-ligamentosa,

che riveste muscoli, visceri, articolazioni, non risparmia gli involucri del cervello, del midollo spinale, e perfino le stesse guaine dei rami nervosi sino alle loro estremità.

Quanto sia soggetto il cuore, viscere muscolare per eccellenza, al reumatismo, tutti i patologi lo sanno e il provano abbastanza la endocardite e la pericardite, affezioni tanto comuni.

Nè altrimenti devesi ritenere dei reumatismi che assalgono i muscoli intercostali, si diffondono per contiguità o continuità di tessuto alla pleura ed ai polmoni, e sono poi causa di gravi malattie e successive alterazioni organiche e funzionali.

Quanto alle malattie cerebrali, le meningi, membrane siero-fibrose, sono tessuti che il reumatismo sembra prediligere. Lo attestano le emicranie, gli stordimenti, le vertigini, le cefalee, malattie che seguono facilmente le mutazioni dell'atmosfera, non che la remittenza e la intermittenza loro, segni che non mancano mai, o quasi mai, nel reumatismo si acuto che cronico.

Quasi tutte le malattie febbrili, hanno serbato in questa costituzione nel loro decorso una remittenza che non è mancata nelle variate forme del reumatismo. Quanto alla cura di queste infermità osservate nel loro complesso, si è veduto che il chinino è stato il rimedio a cui ebbe ricorso la maggior parte dei pratici, e che ha superato in virtù gli altri rimedi.

Oggi giorno però devesi lamentare, che troppo facilmente si ricorra al chinino da taluni, anche quando ne è incerta la indicazione, o quando con altri mezzi di minor costo per il povero, è dato arrivare agli stessi utili risultati. Questa troppa confidenza nel chinino sembra derivata dall'incontrare in esso quasi mai, o ben di rado, una azione nocevole, anche quando non giova, od è somministrato *ad abundantiam*.

Io pure credo allà innocenza del chinino in alcune malattie flogistiche, innocuità che sembra derivare dalla sua azione sedativa specifica sui movimenti vitali morbosi, che non ha dello stimolo, come si ammetteva in passato. Ad ogni modo se non giova, non nuoce però, a meno che non si voglia lamentare il tempo perduto nell'amministrarlo e nell'attenderne gli effetti. Un tale indugio potrebbe permettere alla flogosi vera di erigersi a maggior grado, senza che il rimedio vi abbia influito per sè stesso.

Aggiungerò un altro riflesso, che non merita meno l'attenzione del patologo, ed è che il chinino si è trovato utile e fors'anche indispensabile in quasi tutte le malattie generate dalle tre costituzioni atmosferiche sopra descritte. Il che porta a considerare cotesto stato dell'atmosfera poco dissimile da quello delle maremme, delle paludi, delle risaje, e di tutti i luoghi dove hanno origine le febbri intermittenti e miasmatiche. Donde nascerebbe la illazione che le narrate peculiari forme morbose sono il prodotto dei frequenti squilibri di temperatura, consociati allo sviluppo di principj deleterii emanati dalla terra soverchiamente impregnata di umidità.

Rimane per ultimo di accennare ad una febbre reumatica insorta nei bambini e nei fanciulli, ed in alcuni anche con straordinaria imponenza nella scorsa primavera 1867. Decorrendo a parossismi come negli adulti, in alcuni associavasi all'angina, alla parotite. I piccoli pazienti mostravano una deglutizione assai difficile, portavano le mani alla bocca, dirigendo le dita verso le fauci, come se vi trovassero un qualche impedimento. Altri dinotavano congestione cerebrale, dalla cefalea frontale, dai moti del capo, dal calore esagerato alla fronte ed al vertice, dagli occhi suffusi, o dalla sonnolenza; vivi eran pure i dolori al tronco ed alle estremità.

I più adulti indicavano con maggior chiarezza la sede

e le manifestazioni del male. Alcuni aveano una tosse umida e catarrosa, altri secca ed irritativa, più insistente di notte; con affanno di respiro, sete, anoressia, lingua sordida, cefalea, polsi duri e frequenti, agitazione generale. La febbre investiva sempre con calore verso il pomeriggio, qualche volta nella notte. Al mattino, o più tardi, gli infermi erano sollevati alquanto, secondo che la febbre invadeva sul vespro o di notte. Di rado mancava la verminazione, facile a rimuoversi cogli antelmintici, e specialmente colla santonina data alla sera, fattovi susseguire un purgante al mattino successivo. La febbre sembrava attenere con insistenza alla verminazione, e non cedeva, se prima non si era rimossa tale complicazione. Quando mostravasi ribelle anche a questo genere di cura, era d'uopo dar mano al salasso od al sanguisugio, secondo l'età; al chinino, se più manifeste rendevansi la remittenza o la intermittenza.

Nel dar compimento a questo lavoro, prego il benigno Lettore ad iscusarmi se non gli sono venuto innanzi con novità peregrine e con arditi concetti. Esponendo con tutta la sincerità delle mie convinzioni il poco che ho raccolto nel mio lungo esercizio sul tema antichissimo, e non mai esaurito, delle costituzioni morbose, ho creduto di giovare alla buona pratica, e di richiamare l'attenzione dei medici sopra un argomento che non merita di esser posto in non cale.

Opinioni di illustri Autori stranieri intorno al cholera (1).

II.

1.° *Eighth Report of the Medical Officer of the Privy Council,* 1865. Blue Book, 1866.

Ottavo Rapporto dell'Autorità medica del Consiglio di Gabinetto, 1865.

2.° *Report of the Committee on Cholera, Royal College of Physicians of London.* Containing Instructions for Captains of Merchant Vessels. London. 1866.

Rapporto del Comitato sul cholera del Collegio reale di Londra; con istruzioni pei capitani di navi mercantili.

3.° *The Antidotal Treatment of the Epidemic Cholera;* by John Parkin, M.D., late Medical Inspector for Cholera in the West Indies. 3rd Edition. London.

La cura antidotale del cholera epidemico; per J. Parkin, già medico ispettore del cholera nelle Indie orientali.

4.° *The Epidemic Diarrhœa and Cholera; their Nature and Treatment.* By George Johnson, M.D. Lond., F.R.C.P., London.

Diarrea epidemica e cholera; loro natura e cura. Per Giorgio Johnson.

5.° *On the Treatment of Asiatic Cholera.* By Archibald Billing, M.D., A.M., F.R.S., New Edition. London, 1866.

Sulla cura del cholera asiatico. Per Archibald Billing.

6.° *Remarks on the Pathology of Cholera.* By G. H. Barlow, M.D., Med. Times and Gaz. 1866.

Osservazioni sulla patologia del cholera. Per G. H. Barlow, dalla *Med. Times and Gazette.*

7.° *A Visit to Amiens to see the Cholera.* By R. D. Med. Times and Gazette. 1866.

---

(1) « Dalla *British and Foreign Medico-Chirurgical Review* », july 1867. — Il 1.° articolo sopra lo stesso argomento, trovasi inserito nel fasc. di ott. 1866 degli « Ann. Univ. di Med. ».

Una visita ad Amiens per osservarvi il cholera. Per R. D., dalla *Med. Times and Gazette.*

8.° *A simple Esplanation of Cholera, and a rational Mode of Treating it.* By Yod, M.D. London. 1866.

Semplice spiegazione del cholera e modo razionale di curarlo. Per Yod.

9.° *Malaria, the Common Cause of Cholera, Intermittent Fever and its Allies.* By A. T. McGowan, L.R.C.P., London.

Malaria, causa comune del cholera, della febbre intermittente ed affini. Per A. T. McGowan.

10.° *Clinical Lectures and Reports by the Medical and Surgical Staff of the London Hospital.* Vol. III. 1866. London.

Lezioni cliniche e rapporti del personale medico-chirurgico del London Hospîtal.

11.° Scritti varj del: *Medical Times and Gazette, Lancet, Medical Press and Circular, British Medical Journal, Glascow Medical Journal, Half-Yearly Abstract of the Medical Sciences, L'Union Médicale, Medical Record, etc.*

12.° *Debate in the Harveian Medical Society of London on Cholera, etc.* 1866.

Discussione che ebbe luogo nell'Harveian Società medica di Londra sul cholera.

13.° *Microscopical Researches on Cholera.* By L. S. Beale, M. B., F.R.S., Med. Times and Gaz. 1866.

Ricerche microscopiche sul cholera. Per L. S. Beale.

14.° *Reports of the Registrar-General, and Letter of professor Frankland.*

Rapporto dell'Ufficio statistico e Lettera del prof. Frankland.

15.° *Official Memorandum of the Medical Officer of the Privy Council, July,* 1866.

Memorandum officiale dell' Autorità medica del Consiglio di Gabinetto, luglio, 1866.

16.° *On the International Sanitary Conference, and the Preservation of Europe from the Cholera.* By E. Goodeve, M. B., Surgeon-Major Bengal Army, etc. A Paper read before the Epidemiological Society. 1866.

Sulla conferenza sanitaria internazionale, e sul preservamento

dell'Europa dal cholera. Per E. GOODEVE, chirurgo maggiore nell' Armata del Bengala. Memoria letta alla Società epidemiologica.

17.° *Il cholera epidemico.* Per M. BORDIER. Arch. Génér. de Médic. 1867.

Idem. Per M. J. BESNIER. ivi. 1866.

18.° Memorie di GLAISHER e del prof. ROLLESTON nel *Times*, *Spectator*, etc. 1866.

19.° *Sanitary Measures and their Results.* By THOS. SHAPTER, M.D., F.R.C.P., etc. 1866. 3rd Edit. Exeter.

Misure sanitarie e loro risultati. Per T. SHAPTER.

20.° *Treatise on Asiatic Cholera.* By JOHN C. PETERS, M.D. New York. 1866.

Trattato sul cholera asiatico. Per J. C. PETERS.

21.° *Cholera and its Treatment.* By WARREN STONE, M.D. New Orleans Med. and Surgical Journal. 1866.

Il cholera e cura di esso. Per WARREN STONE, dal *New Orleans Med. and Surg. Journ.*

22.° *Statistical, Sanitary, and Medical Reports, Army Medical Department,* 1866. Blue Book.

Rapporti statistici, sanitarj e medici del Dipartimento medico militare, 1866. Dal *Blue Book.*

23.° *Epidemic Cholera and Epidemic Diarrhœa: can these Diseases be prevented?* By W. CAMPS, M. D. London. 1866.

Cholera epidemico e diarrea epidemica; queste malattie si possono prevenire? Per W. CAMPS.

24.° *A Scientific Inquiry into some of the Causes alleged to produce Asiatic Cholera.* By the Rev. SAMUEL HAUGHTON, M.D., F.R.S., etc. Med. Times and Gaz. 1867.

Ricerca scientifica su alcune cause che si ritengono produttrici del cholera asiatico. Pel Rev. SAMUEL HAUGHTON. Dal *Med. Times and Gazette.*

25.° *Do Smallpox and Cowpox afford any Protection from Asiatic Cholera?* By A. BLACKLOCK, Surg.-Major, etc. London. Lewis.

Il vajuolo ed il vaccino proteggono dal cholera asiatico? Per A. BLACKLOCK, Chir. Magg.

26.° *Essay on the Nature and Treatment of Cholera, Fever,*

and Cattle Plague, and on Public Health. By D.r TUCKER. Dublin. 1865.

Saggio sulla natura e sulla cura del cholera, della febbre e della peste bovina, e sulla salute pubblica. Del dott. TUCKER.

27.° *The Cholera Map of Ireland: with Observations.* By Sir DOMINIC CORRIGAN, Bart., etc. Dublin. 1866.

Carta del cholera di Irlanda, con osservazioni. Di Sir DOM. CORRIGAN.

28.° *On Malignant Cholera, etc.* By EDWARD CRISP, M. D. London. 1863.

Sul cholera maligno, ecc. Di E. CRISP.

29.° *Cholera: its Seat, Nature, etc.* By C. SHRIMPTON, M. D. London, 1866.

Cholera; sua sede, natura, ecc. Di C. SHRIMPTON.

30.° *The Arrest and Prevention of Cholera, etc.* By A. E. SANSOM, M. B. Lond. London. 1866.

Il cholera fermato e prevenuto, ecc. Di A. E. SANSOM.

31.° *Diarrhœa and Cholera, etc.* By JOHN CHAPMAN, M. D., etc. 2nd Edit. London. 1866.

Diarrea e cholera, ecc. Di J. CHAPMAN.

32.° *Cholera; a New Theory.* By C. DUDLEY KINGSFORD, M. D. London. 1866.

Nuova teoria sul cholera. Di C. DUDLEY KINGSFORD.

33.° *Mechanical Treatment of Cholera.* By a Physician. London. 1866.

Cura meccanica del cholera. Di un medico.

34.° *Notes on Cholera.* By C. MOREHAED, M.D., F.R.C.P., etc.

Note sul cholera. Di C. MOREHAED.

35.° *Thoughts on the Present Theories of the Algide Stage of Cholera.* By JOHN COCKLE, M.D., etc. London. 1866.

Pensieri sulle attuali teorie del periodo algido del cholera. Di J. COCKLE.

The Influence of the Discharges and Nervous Shock on the Collapse of Cholera. By the same Author. « Med. Press and Circular ». 1867.

L'influenza delle scariche e della scossa nervosa sul collasso del cholera. Dello stesso Autore. Dalla *Med. Press and Circ.*

36.° *Cholera: its Cause and Infallible Cure, etc.* By J. M. HONIGBERGER. Calcutta, 1861.

Il cholera; causa e cura infallibile di esso, ecc. Di J. M. CONIGBERGER.

Già nello scorso anno abbiamo presentato ai nostri lettori alcuni cenni sulle recenti pubblicazioni intorno al cholera; quì ci accingiamo a completare l'argomento, che ora acquistò maggior importanza, anche pel fatto che in oggi lo si considera non solo come di interesse medico, ma anche internazionale, per non dire politico.

Dal rapporto or ora pubblicato dall'ufficiale medico del Privy Council, citiamo il seguente brano:

« L'infezione cholerica d'Egitto nello scorso maggio, al ritorno dei pellegrini musulmani dalla Mecca dove la malattia era epidemica, il conseguente svilupparsi della stessa infezione lungo ciascuna delle linee di comunicazione segnate dai battelli a vapore divergenti da Alessandria qual centro, ai porti maggiori del Levante e dell'Europa meridionale, e da questi nell'interno allo stesso modo, tutto ciò costituì una sequela di eventi di sinistro augurio per la salute pubblica dell'Inghilterra. Al presente una prima onda di infezione toccò le nostre spiagge, quantunque per fortuna non in modo da metterci in allarme. Per la prima volta il cholera approdò alla costa meridionale, non come le altre volte nei nostri porti verso il Baltico; bensì a Southampton, il porto che ha traffico più diretto col Mediterraneo e fors'anche (per quanto possa essere per via secondaria) Weymouth, Portland, Dorchester.

Non tenterò di dare qui gli innumeravoli e spesso intricati particolari del progresso epidemico ora accennato sommariamente, nè di paragonare l'andamento presente della malattia coi passi che segnò nelle visite antecedenti. Per ordine delle loro Signorie (Lordshif) richiesi al sig. Radcliffe, segretario onorario della Società Epidemiologica, un rapporto speciale su questo argomento, ponendo nelle sue mani l'abbondante materiale fornito alle loro Signorie dal Ministero degli Esteri. L'elaborato rapporto consegnatomi da poco e ch'io metto per esteso

nell'Appendice, espone tutte le informazioni che si ottennero finora sul progresso epidemico, paragona la presente invasione colle antecedenti, e ci dà qualche interessante nozione supplementaria sui pellegrinaggi maomettani, relativamente al nostro argomento. Vedi l'Appendice N.° 13.

Questi sono i punti salienti della poca parte ch' ebbe finora l'Inghilterra nell'epidemia. Si osservò a Southampton il 10 luglio, poi ad intervalli in soggetti sospetti provenienti da Alessandria, da Malta, da Gibilterra. Alla metà di agosto, una giovane in città ebbe un accesso cholerico di dubbia natura; il 22 settembre si osservò in un operajo il vero cholera asiatico, pel quale morì; da allora per circa sei settimane, si osservarono casi di cholera in piccol numero dentro e intorno a Southampton, in modo che al 4 novembre, epoca in cui si ritenne cessata l'epidemia, si avevano avuti in tutto 60 casi, con 35 morti. È dubbio se il morbo abbia raggiunto Weymouth o Portland, o Dorchester, in agosto o settembre, procedendo da Southampton o da altra via più diretta. Non mi consta che siasi determinata tale infezione; so però che un signore, dimoratosi una settimana sul principio di agosto a Weymouth e di là visitando Portland e Dorchester, contrasse in questa settimana una diarrea, la quale, ritornato a casa, sviluppossi in cholera grave. Nel settembre si osservarono nei dintorni di Londra questi fatti di speciale interesse in questione. Mr G. e sua moglie abitanti a Theydon-Bois presso Epping, dimorarono a Weymouth 17 giorni dall' 8 settembre, visitarono Portland il 22 e Dorchester il 23, e ritornarono a casa il 25. Alla sera del 23 il sig. G. ebbe diarrea, nausea e crampi, che continuarono più o meno il giorno appresso, perdurando il malessere fino alla mattina del 25. Egli però ritornò ad Epping egualmente colla moglie. Durante il viaggio anche essa ebbe qualche disordine addominale, che al ritorno in casa si sviluppò a poco a poco in diarrea fino al cholera, pel quale (durante la febbre secondaria) morì l'11 ottobre. Il 30 settembre, mentre la malata era ancora in collasso, una figlia di essa, di 8 anni, ebbe cholera e morì in poche ore. Nella stessa notte un servo di casa ebbe cholera e potè appena salvarsi. Il 2 ottobre morì di cholera il medico che li aveva curati, dopo 10 ore di malattia.

Il 3 ottobre s'ammalò di cholera un'altra figlia di 16 anni, che guarì, dopo una febbre consecutiva. Il 5 una servente si ammalò di diarrea, stette un pò meglio, poi ammalò e divenne cholerosa l'8; dopo qualche speranza di guarigione, cadde nella febbre secondaria e morì. Il 5 un operajo che lavorava sui fondi, ma che viveva a parte, ebbe diarrea seguìta da cholera e collasso, e morì il giorno dopo. Il 6, il capo di casa, Mr. G. che si era ammalato a Weymouth, e che d'allora aveva sempre avuto movimento di corpo, ricadde in un nuovo accesso acuto e morì dopo quindici ore. Lo stesso giorno suo figlio si ammalò di diarrea, il giorno dopo era in collasso, ma si riebbe e alla fine guarì. Il 6 la nonna della casa ammalò nello stesso modo, e, quantunque riavutasi dal collasso, morì il 14. Il 18, una donna che abitava vicino, il cui solo rapporto coi casi antecedenti era stato quello di assistere al seppellimento del lavorante, s'ebbe diarrea cholerica, poi collasso e il giorno dopo morì. Così in una quindicina, in sì breve circolo, undici persone ebbero cholera — madre, padre, nonna, due figlie, il figlio, il medico, un servo, una servente, un lavorante, una contadina; e non ne sopravvissero che tre, il figlio, una figlia e il servo. Più tardi si verificò un altro caso fatale nella famiglia della contadina. È certo che la causa determinante di questa serie di fatti fu, in un modo o nell'altro, il ritorno dei genitori da Weymouth, il padre con qualche diarrea cholerica ancora in corso, la madre col principio della stessa malattia. Ciò non è che una parte di codesta storia, il resto ci è di grave lezione. Tutta l'acqua potabile della casa proveniva da un pozzo praticato sotto al pavimento del lavatojo; in questo pozzo era abituale l'infiltramento dal cesso.

Non si sa ancora, in patologia intima, se vi siano differenze essenziali tra il cholera che uccide su larga scala e il cholera che uccide singoli individui, cosicchè diventa inutile il discutere, in questione separata, se la malattia di G. contratta a Weymouth e trasportata ad Epping fosse cholera epidemico, sporadico, asiatico od inglese, e come dissi sopra, non posso provare che questo sia pervenuto dall'epidemia di Southampton o sia di origine mediterranea. Certo è che da quando i signori G. ritornarono a casa in malessere, le secrezioni corporali di

essi inquinarono particolarmente l'acqua di casa già altrimenti corrotta, in modo che ogni individuo che beveva quell'acqua, beveva acqua che conteneva in sè il fermento di materie diarroiche in decomposizione.

Oltre a queste manifestazioni, d'altronde poco considerevoli, di cholera epidemico in Inghilterra, colla direzione dei Signori del Consiglio (Lords of the Council), si rilevarono le seguenti notizie:

Coll'assistenza del Dr. Parkes, Professore di igiene militare al Netley Hospital, potei esservare il progredire dell'epidemia a Southampton, indirizzando alle autorità locali le domande necessarie. Tosto che arrivò la notizia dello spiacevole caso di Theydon-Bois, incaricai il sig. Radcliffe di investigare i fatti, e dare quei provvedimenti ch'egli credesse del caso. Il Prof. Parkes ricercò diligentemente tutte le circostanze collegate col cominciare dell'epidemia in Southampton, non che le relazioni tra l'una causa e l'altra; unisco nell'Appendice N.° 14 il suo rapporto per esteso, non solo per le informazioni positive che vi si contengono, ma anche per utile illustrazione dell'estrema difficoltà che c'è sempre in tali cose, a provare o non provare relazioni contagionali. Del rapporto del sig. Radcliffe, metto nell'Appendice (N.° 15) la sezione che descrive dettagliatamente le circostanze dell'acqua infetta. E qui termina, pel 1865, la storia del cholera in Inghilterra. Quali possano essere i fatti del 1866, o quale sarà la parte dell'Inghilterra nella presente diffusione pandemica del morbo, sono questioni sulle quali non si hanno ancora materiali per un criterio esatto; ad ogni modo le speranze prevalgano sulle predizioni ».

Questo interessante estratto non è che una piccola parte dell'importantissimo materiale raccolto nel rapporto. Nel rapporto del sig. Simon si parla a lungo del cambiamento di strada del progredire del morbo nello scorso anno, cui noi facemmo allusione nel precedente numero della « British and Foreign Medico-chirurgical Review », e dell'aumentata rapidità per la quale le moderne linee dei battelli a vapore facilitano il migrare del cholera. A pag. 369 di quel rapporto troviamo il seguente brano:

« Nel chiudere questo rapporto, mi si permetta di aggiungere, che la malattia nel decorso e nei sintomi non differisce ora in nessun particolare essenziale dalle epidemie precedenti: forse non si sviluppò sì largamente fra le popolazioni che ne erano già state visitate; ma gli esiti, a morbo pienamente sviluppato, furono altrettanto fatali, il decorso altrettanto rapido, quanto nelle precedenti epidemie ».

La malattia non erasi sviluppata nel Regno Unito quando si pubblicò il rapporto del sig. Simon.

« La proporzione delle morti ai casi di cholera durante la presente epidemia fu la seguente:

Brahilov		47.0	per cento
Odessa		50.4	»
Malta		60.3	»
Gibilterra		54.0	»
Parigi (ospedali)		51.6	»
Ancona (città e dintorni)		57.1	»
Inghilterra, 1853-54.			
Massima e minima . . .	41.0 —	51.0	»
Media	45.2		»
India settentrionale, 1861.			
Truppe europee	63.8		»

Simon osservò che la diarrea caratterizza ancora il principio della malattia nella maggior parte dei casi, e mostra la grande importanza di riconoscere e curare subito questo comunissimo sintomo prodromico.

« La grande verità che insegnarono le epidemie del 1847-48, e 1853-54, ci viene ripetuta ancora dall'epidemia presente, cioè: *che il trattamento del cholera riesce tanto più, quanto maggiormente vien diretto ai sintomi prodromici e particolarmente alla diarrea prodromica* (*o premonitoria come si dice comunemente*).

Le misure tanto pubbliche che private, che si richieggono per scongiurare la minaccia o mitigare la presenza di una epidemia di cholera, sono tra i più certi e definiti mezzi che ci insegna la medicina. Possiamo confidare in essi, come ci dimostrarono completamente le epidemie 1848-49, 1853-1855 ».

Codesti mezzi igienici od altro, si trovano largamente espo-

sti nei rapporti officiali sul cholera ora citati, e nei libri medici di testo.

Nell' appendice del rapporto trovasi una storia importante, autentica, del trasporto maomettano del morbo per mezzo dei pellegrini Javanesi alla Mecca per la via di Yemen, Goafundi e Sait; il lettore vi troverà molti fatti importanti ed interessanti, e cenni particolareggiati del morbo in Southampton, Epping, ecc., nello scorso autunno.

In Liverpool e in molti altri siti dove si manifestò il morbo, si organizzarono lodevoli sistemi di soccorsi medici; invece in una o due località si verificò molta lentezza nei provvedimenti, e una malintesa economia a danno della salute pubblica.

Prima di chiudere l' argomento della profilassi, vogliamo accennare ancora il gran vantaggio che deriva dall' evitare qualunque delle note cause predisponenti alla malattia: disordini di regime, di vita, di dieta, ecc.; condizioni errate di nutrimenti, di aria, d' acqua, di lavoro, di abiti, di pulizia; più l' influenza delle località paludose, mal ventilate, ristrette, le esalazioni delle fangose rive di fiumi, canali, ecc., nell' alimentare il morbo in Europa come nei climi più caldi.

Il Dr. Billing considera il cholera come una specie di febbre; è favorevole all' uso del tartaro emetico e del solfato di magnesia a dosi convenienti; evita il calore esterno e i fomenti caldi, ecc.; invece il calomelano alla dose di cinque grani, il chinino, dieta scarsa nutriente, frizioni secche, ecc. Questo autore discorda, a quanto pare con ragione, da alcuni precetti emanati dal Board of Health del 1848; egli dice che la proibizione di frutti e vegetali anche maturi e cotti fatta dal Board è sbagliata, poichè questi utili articoli di dieta « buoni vegetali e frutti maturi, mantenendo in condizioni sane e sangue e secrezioni, ajutano a resistere contro una influenza epidemica ».

Il Dr. J. Parkin propone l' uso interno del carbonio, o in forma semplice o come acido carbonico; egli lo ritiene quale specifico, caratterizzando il suo sistema di cura di: cura antidotale del cholera epidemico. Un anonimo invece propone l' uso interno dell' acqua come sola cura, e ritiene che il carbonio nell' organismo sia la causa della malattia.

Il Dr. Calvey di Toulon (L'Union médicale 28 luglio

1866), ritiene contagioso il cholera, sostiene le quarantene marittime, essendo meglio chiudere una porta all'avvicinarsi del nemico, poichè s'esso ci viene da terra non possiamo far nulla.

Le fatte ricerche convalidano l'opinione che l'acqua (1) fornita alla parte orientale di Londra sia stata un agente materiale del cholera colà sviluppatosi (Medical Times and gazette » sett. 8, 1866).

MacGowan e Fergus condannano i purgativi. Il primo sostiene gli emetici stimolanti, il chinino endermicamente, il sale internamente, ecc.

La risposta del Cholera Committee del London College of Physicians ai Lords del Privy Council, per guida dei capitani di vascelli mercantili (quando manchi il personale medico) nel caso di cholera sviluppatosi a bordo, raccomanda l'uso dei « blandi aperienti, come l'olio di ricino o il rabarbaro; il sal di Glauber e il sal d'Epsom sono pericolosi. È erronea la credenza comune che non si debba alterare la prolungata costipazione quando domina il cholera ». Sia cura del capitano di verificare il primo periodo (diarrea) del morbo, e nel caso si ponga a letto il malato, lo si tenga caldo, e gli si somministri una mistura di acqua con poca menta piperita o acquavite ed acqua con dieci grani di polvere aromatica di carbonato di calce ed oppio, o, in mancanza di questa, cinque gocce di laudano.

Si eviteranno le larghe dosi di oppio e gli spiriti forti. Se la diarrea proviene da cibi grami od indigesti, si dia una dose di uno dei blandi lassativi indicati. La dieta limitata al brodo, polenta o riso. Se le materie diarroiche rassomigliano alla decozione di riso, accompagnate da vomito e da freddo, si sospendano gli oppiati ed i liquori spiritosi; acqua ed aria fresca, caldo ai piedi ed alle gambe, senapismi allo stomaco, ecc.

---

(1) Erasi già stampato questo paragrafo allorchè la diligente considerazione dei fatti osservati nell'epidemia di Londra orientale, riescì alla conclusione che c'era un qualche cosa di contradditorio riguardo all'influenza dell'acqua potabile sull'eziologia del cholera, come si dimostra nei Rapporti del London Hospital, 1866.

Non è necessario di riportare qui più a lungo le altre giudiziose istruzioni contenute nelle repliche del Comitato del College of Physicians. Ripetiamo solo di cercare l'assistenza medica appena si può, pulizia, ventilazione, disinfezione, distruggere ogni materia emessa, aver cura dell'acqua potabile, ecc.

Nell'Accademia di medicina Belga, il Dr. Seghers disse (maggio 1866), che siccome non poche erano state le vittime del cholera nell'Olanda e nella Prussia, l'Accademia doveva, senza ritardo, emanare le necessarie e convenienti misure pel caso che il morbo si manifestasse nel Belgio. Ripetè quanto insegna da lungo tempo l'esperienza circa il vantaggio di separare gli ammalati, circa le misure igieniche messe in vigore prima e dopo il principiare del morbo. Citò l'esempio di Saint-Nicolas, dove per oltre trent'anni, in una epidemia di febbre tifoide, e poi in due di cholera, se ne erano ottenuti grandi vantaggi; perchè in oltre 25,000 abitanti, dei quali da 10 a 12,000 erano poveri ed operaj, si erano appena verificati trenta casi di cholera; quantunque vi fossero nella città molte strade e molte abitazioni malsane. Dimostra validamente la grande importanza del sistema di ricoverare la persone provenienti da località infette in appositi locali isolati, per alcuni giorni.

Molti dei nostri contemporanei sostennero già la necessità grande di misure come quelle esposte dal Dr. Seghers. Quest' ultimo, dice che devesi appunto a consimili misure adottate dal Ministero dell' interno Belga, se la peste bovina siasi arrestata sul principio e poi ad ogni ricomparsa, mentre in Inghilterra e in Olanda la tardanza di tali misure fu causa di danni deplorabili. Dobbiamo ammettere con questo autore, che non poco danno derivò dalla mancanza di accordo tra i medici nelle questioni di contagio, ecc. Egli insiste sulla contagiosità della malattia, trovando il peso dell' evidenza in favore di codesta opinione. Le sue idee collimano con quelle già emesse anni sono da Graves, da Alison, ed altri nostri connazionali, cioè, che vi sia dapprima un centro di malattia stabilito in un sito qualunque, e di là la malattia, od epidemica od epizootica, si distende; non si può sperare una diminuzione di malati o di vittime che dai mezzi igienici. Raccomanda l' uso dei tonici e degli aromatici, in piccola quantità di gin, e prese presto,

osservando che ciò è utilissimo anche nelle febbri intermittenti sì frequenti presso Anversa, ecc.; in breve, questo autore ripete le abitudini e la pratica dei medici inglesi nelle Indie occidentali ed orientali, in Africa, ecc.

Egli combatte l'opinione emessa da Meyne nella Topographie Médicale de la Belgique, che vi sia un antagonismo tra cholera e febbri intermittenti; afferma che l'esperienza lungo i banchi dello Scheldt e in altre località paludose, dimostra la coesistenza di cholera e di febbri intermittenti; crede che vi sia una specie di identità tra il cholera, la febbre gialla e la febbre intermittente perniciosa, visto la loro natura, la loro origine e la sede loro; sono prodotte dalle stesse cause, cioè da miasmi contagiosi provenienti da materie vegetali ed animali in putrefazione; nell'interno dei paesi ove il suolo non è paludoso la malattia non esiste, e dappertutto dove si è trasformato il terreno la malattia non ricomparve. È dunque il clima e la costituzione atmosferica che imprimono a queste malattie il loro carattere specifico, poichè i prodromi presentano a un dipresso gli stessi fenomeni morbosi; dunque il cholera è una specie di febbre perniciosa e contagiosa.

Whitly Stokes opina che parecchie malattie dei climi tropicali hanno molti tratti caratteristici in comune con quelle delle nostre latitudini. Macartney ritiene che il cholera sia una forma di febbre col periodo di freddo prolungato; Hartley Kennedy ha idee consimili; Baly, Smith, C. F. Moore e Byrne tutti notano qualità e tendenze comuni alle febbri ed al cholera. Munro descrive gli accantonamenti di Peshawur come località appropriate per ingenerare la febbre intermittente: la febbre da malaria e il cholera incominciarono dapprima nei quartieri degli uomini.

Ma il terreno paludoso, le spiagge dei porti assai popolati, e le rive dei fiumi, non sono i soli luoghi dove si generino facilmente febbre e cholera; le sostanze animali e vegetali in decomposizioni, il contenuto delle fogne, ecc., sono per sè stessi più che sufficienti a favorire ed anche a produrre febbre e cholera. Troviamo una conferma di questo in un rapporto pubblicato alcuni anni sono, su una irruzione di cholera nel 1853 sviluppatosi in prossimità di un deposito di spazzature in Du-

blino; sappiamo di un altro fatto di febbre fatale a due su quattro casi in una famiglia, in prossimità di un simile deposito in un'altra parte di Dublino, come pure di un gran numero di altri casi di febbre, ed alcuni or non è molto di diarrea, crampi, ecc. A maggior conferma di queste osservazioni del Dr. Segher, citiamo l'autorità di Pettenkofer, Budd ed altri, come pure il punto stabilito or non è molto (British Medical Journal luglio 7, 1866) nella Camera dei Comuni, che il typhus fever prevalse sempre in prossimità di un deposito di spazzature in Liverpool, contemporaneamente all'esistenza di cholera in un' altra parte del porto.

Nella Medical Times and Gazette si pubblicò un rapporto su Amiens, che presenta certo una grave lezione di causa ed effetto per le trascurate condizioni sanitarie della città, dove il cholera fu assai fatale. Circa otto noni della mortalità colpì le classi infime che vivono in condizioni così espresse nel rapporto: — Amiens è pressochè affollata da una popolazione povera di operaj, fabbricata in una valle piatta o paludosa dove la Somme si suddivide in numerosi rami o *rivières* che circondano delle isole calcaree. Case vecchie, umide, cadenti, sovrastanti alle acque, paludi, nessun incanalamento di acque; numerosi stagni guastano il suolo da generazioni, ogni immondizie va nel fiume, latrine sporche, avanzi vegetali che marciscono al sole. Le classi inferiori, miserabili, mal nutrite, sporche all'estremo. Anche la miseria nel riscaldamento è causa di grave danno, poichè si usano stufe invece di focolaj aperti; quindi il povero vive in un'atmosfera rilassante, soffocante, e vi vive affollato. Quantunque l'acqua fornita agli abitanti sia buonissima, molti usano indifferentemente l'acqua della Somme, che contiene le colature per lo meno dalla cucina e dalla pulizia. Questa popolazione vive inoltre in mezzo alle esalazioni del fiume, onde è chiaro che il cholera trovò ad Amiens le antiche abitudini, le antiche vittime, abitazioni basse, sporche, sulle rive di acque contaminate dalle cloache, abitate da una popolazione mal nutrita, sucida, mal aereata, impoverita d'organismo. Senza dubbio il cholera fu portato ad Amiens in autunno, e da allora il veleno andò serpeggiando nel limaccioso sedimento delle *rivières*.

« Fin là (osserva il corrispondente della Medical Times anc-

Gazette) possiamo dipingerci il cholera algido, che esiste assolutamente come malattia iniziale, non dipendente da veruno tangibile disordine antecedente di intestini e d'altro, e che passa in uno stato rassomigliante a febbre tifosa (o paludosa), caratteristici della quale sono: freddo, debolezza, secrezioni soppresse, disturbi cerebrali. Evidentemente però c'era un'altra condizione, la presenza della quale conduceva al cholera algido, raggiungendolo per gradi insensibili senza interruzioni, e questa condizione era la *diarrea* ».

I casi segnati da diarrea prodomica senza dolori, lingua netta, debolezza, nessuna cefalea, si consideravano ad Amiens convenienti per una cura oppiata astringente. D'altra parte i casi preceduti da

« *Embarras gastrique*, che intenderemo per disordine di stomaco e di fegato, lingua sporca, grossa, edematosa, coll'impronta dei denti, mancanza di appetito, nausea, eruttazioni, cefalea frontale, possono trapassare in cholera senza diarrea, ma con costipazione. Sono questi i casi nei quali gli inglesi incomincierebbero probabilmente con una dose di calomelano ».

Ciò conferma l'opinione di coloro che credono che il cholera, come la febbre colla quale certamente ha molti tratti di rassomiglianza, richieda una cura a seconda di ciascun caso, delle circostanze, della località, ecc., nelle quali nacque.

La suette, un prodromo, o coincidente, o complicazione di cholera osservato lo scorso anno ad Amiens, è così descritto: « Debolezza, *embarras gastrique*, lingua sporca, e traspirazioni fredde, copiose, periodiche ».

« *La suette* è il vero quantunque degenerato discendente dell' antico *sweating sickness* (*sudor anglicanus*), e come il cholera, segue le stesse abitudini, e distrugge le stesse vittime. Tre quarti de'suoi sintomi sono di *embarras gastrique*, con ostinata costipazione — cioè imbarazzo del canale alimentare, la cui membrana epiteliare, sotto l'influenza palustre e limacciosa e quella della miseria, cresce fuor del naturale, e (coll'ipotesi di un veleno cholerico) può essere il *nidus* e il punto di partenza di un vero cholera. Certo che uno sguardo alla *suette* fornisce viste più larghe e più vere sulla natura e sulle relazioni del cholera ».

Evitando la dibattuta questione della cura della diarrea durante un' invasione di cholera, il Dr. Barlow indica l' azione dell' acqua quale veicolo per rimuovere le corrotte sostanze del sangue dall' organismo, abilmente dimostrando gli effetti in diversi organi dei cambiamenti, che più o meno arrestano il processo depurativo che si effettua nello stato normale dell'organismo. Prima, dimostra il grado di somiglianza tra cholera e quelle malattie che arrestano o diminuiscono l' accesso d'acqua all'organismo, in generale; poi il grado di somiglianza tra la malattia di cui trattiamo, e quelle che affrettano la sottrazione d'acqua dall'organismo, citando ad esempio specialmente la malattia di Bright e il cholera inglese. Il Dr. Barlow procede a dimostrare come sia dannosa all'organismo la sottrazione d'acqua, e come l'injezione dalle vene vi supplisca fino ad un certo punto, ma anche in qual modo, col ripetersi del vomito e della diarrea e quindi con nuova perdita di fluido, il paziente soccomba.

« Possiamo così riassumere i fatti. L' impedito accesso di fluido alla circolazione è causa di collasso, con tendenza all' asfissia, soppressione di orina, e quindi alcuni sintomi di avvelenamento uremico. Se l' impedimento si spinge innanzi nel corso della circolazione, per esempio nel fegato, cagiona scarsezza di orina, e nei casi estremi si possono verificare alcuni sintomi di avvelenamento uremico. Ancor più innanzi si avrebbe lividore, orine scarse, nei casi gravi il polso di minacciata asfissia, e la circolazione trova un sollievo coll'effusione di siero nel peritoneo, e in qualche raro caso parzialmente colla diarrea. Ma se il fluido passa liberamente dall'organismo ai reni, e trova una libera uscita, se questi sono malati, passa fuori nondimeno lasciandosi dietro la materia escretoria che i reni debbono eliminare, e ne resultano i sintomi di avvelenamento uremico. Se però vi è una rapida corrente di fluido che si precipita fuori dall'organismo come nei casi di diarrea, abbiamo non solo avvelenamento uremico, ma collasso ed altre conseguenze di deficienza di fluido nella circolazione — gli effetti sono gli stessi, sia che la deficienza derivi da impedito accesso di fluido, come nelle malattie del duodeno, o da eccessiva e grave diarrea ».

Non ci è concesso di esporre più in lungo le osservazioni del Dr. Barlow; egli cita diversi casi per provare i fatali ef-

fetti dell'olio di ricino in questa malattia e gli effetti della purga incidente nella malattia. Testimonii del morbo in patria e nei paesi caldi, non possiamo a meno di sentirci più che inquieti al nome di olio di ricino legato con questo morbo, e non ne avremmo parlato qui ancora, se non ci fossimo di nuovo convinti, se ci si passa l'espressione, della grave responsabilità che incombe a chiunque permette che si promulghino siffatte dottrine; ogni giorno l'esperienza pratica negli ospedali e su individui inclinatissimi al morbo per vita improvvidente e sregolata, artigiani e classi infime, ci convince del gran danno che deriva dalla ostinata difesa di tale trattamento; quantunque ciò possa avere assai poca influenza su coloro che già si provarono nella cura di questo morbo, non dimentichiamo che gran numero di giovani confratelli non ne sono abbastanza preammoniti dall'esperienza; non dimentichiamo quanti hanno seguito, senza riflessione, tutto quello che si disse di ingegnoso su ciò. Alla lista di casi citati dal Dr. Barlow, ne potremmo aggiungere altri e di altri autori, per provare i danni della cura con olio di ricino; ci accontentiamo di raccomandare ai nostri lettori le utilissime relazioni del Dr. Barlow, lette all'Hunterian Society.

In un caso di morte per cholera, il Dr. Stokes (1) dice di aver notato, dopo poche ore di collasso, un soffio intenso alla parte superiore e media della regione sternale, in un giovane che godeva prima ottima salute. Questo soffio continuò fino alla morte; alla sezione si trovò un grosso coagulo nel ventricolo sinistro, che si estendeva attraverso l'orifizio aortico. nell'arco dell'aorta. Le valvole del cuore e le pareti erano perfettamente sane; non c'era quindi alcun dubbio che il soffio fosse di data recente e risultante dalla presenza del coagulo che inceppava l'azione delle valvole aortiche.

Il Medical Times and Gazette così parla delle opinioni di M. Worms: — « Con Liebig, Worms crede che perdendo così i suoi cloruri, il sangue perde con essi la facoltà di produrre urea, e facendosi sempre più denso, diventa sempre meno atto

(1) On Diseases of the Heart and Aorta, pag. 124.

alla circolazione. A tal periodo della malattia la vita organica, per così dire, cessa; la decomposizione organica procede senza restituzione, il sangue assume quasi interamente il carattere venoso », e lo sviluppo del calorico è troppo scarso per supplire a quello che viene disperso per irradiazione.

Worms considera il veleno cholerico, come un fermento alcalino, la cui azione è resa facile da tutte quelle circostanze che ritardano una completa ossidazione del sangue, e che contribuiscono a sovracaricarlo di prodotti idro-carbonici, impartendogli un carattere venoso. I due grandi sistemi che sono fonte dello sviluppo del veleno cholerico, sono il sanguigno e il digerente, e Worms ritiene che il sangue sia il primo ad alterarsi, e che i disordini del sistema digerente siano consecutivi alle alterazioni subite da questo fluido. Una ragione, secondo lui, è che il feto *in utero* può ammalarsi di cholera, e che allora vediamo costantemente l' essudato specifico negli intestini, come in altri soggetti. Opina che ci viene suggerita la stessa conclusione dall'ordinario graduato svilupparsi di un decorso di cholera, che di solito è preceduto da prodromi, durante il qual periodo precursore ha luogo una lenta e progressiva infiltrazione dei tessuti e dei follicoli intestinali, preparando la via per lo scarico dei costituenti acquei del sangue. Più è debole la causa dell' avvelenamento, più è lenta nell' agire, altrettanto più lunga sarà la durata dei fenomeni precursori; quanto più violento è l'avvelenamento, altrettanto più breve sarà il processo preparatorio. Egli chiama stadio di *restituzione* il periodo di *reazione*. Asserisce quanto fu già messo innanzi nel 1854 (1), che molti effetti della malattia dipendevano dall' urea nel sangue, e, dice Worms, è precisamente così del fluido cerebro-spinale, della milza, del cervello, dei muscoli delle estremità inferiori, del cuore. Il tessuto cerebrale è quello che ne contiene di più. Avviene l' opposto per così dire, del flusso acqueo rispetto agli intestini; il fluido vien tratto nel sangue e quello che entra nel sistema della porta è immediatamente applicato

---

(1) Vedi: *The Cholera at Finglas*, per C. F. Moore, e: Dublin Quarterly Journal of Medical Science, nov. 1854.

alla secrezione della bile. Fa notare la gravezza del caso quando avviene la sonnolenza dopo incominciata la reazione, quando gli sforzi dei muscoli del petto diventano visibili, quando ritorna il collasso, ecc. Accenna anche all'eruzione cutanea, ed alla desquamazione notata da altri autori, come accennammo nella nostra Rivista di luglio. Chiama l'attenzione sulla distinzione tra *stato tifoide*, *tifoide cholerica*, e *periodo di coma uremico*. Devono essere diligentemente distinti secondo la loro natura e secondo le loro indicazioni terapeutiche, e questo è lo scopo principale del lavoro dell'Autore.

La sonnolenza non è marcata dalla sete febbrile molto pronunciata, nè da alcuna alterazione notabile della lingua; egli la ritiene appena analoga allo stato tifoide. Non è come il coma delle febbri perniciose, nè come quello delle idropi fatali; in questi due il coma invade d'un tratto, mentre nel nostro morbo il paziente perde le facoltà mentali a poco a poco. La mancanza d'ogni fenomeno di disturbo nervoso o circolatorio e l'andamento lento dell'affezione, esclude ogni idea di uremia. Il rossore sanguigno di tutta la congiuntiva, la durezza e protuberanza del globo dell'occhio, accompagnano lo stato di sonnolenza, e predicono una grave reazione. Tosto dopo succede lo sguardo incerto, come di ebbro, e l'abbassamento della palpebra superiore: l'ottalmoscopio ci indica uno sviluppo venoso enorme del fondo dell'occhio. Worms ritiene questi fatti dipendenti dall'eccesso del processo di riparazione; le vene si inturgidiscono, mentre il sangue arterioso vien spinto nel cervello in larga quantità. In questi casi, dopo morte trovossi turgescenza del cervello, con effusione sierosa tra le circonvoluzioni e tra il cervello e la scattola ossea; gli umori dell'occhio, specialmente il vitreo, più abbondanti del solito. Worms trovò assai vantaggioso l'epitema tiepido alla regione frontale, tagliandone via i capegli se fa bisogno. La sua formola era la seguente: Spirito canforato 150 grammi, soluzione di ammoniaca da 20 a 25 grammi, infusione d'arnica 100 grammi, idroclorato di ammoniaca 45 grammi. Di solito bastavano da 48 a 72 ore di questa applicazione, ma certe volte si richiedettero otto a dieci giorni. Su 65 casi gravi di reazione, riuscì bene questo rimedio in 51. Passata questa fase di reazione, subentra la fase tifoide o il periodo uremico, intendendo con questo termine un processo

febbrile che ha per causa e fine l'eliminazione dal sangue, e per mezzo di esso, del detritus organico del quale l'urea è il rappresentante più apprezzabile. Worms dice che probabilmente il salasso dalla vena o qualch'altro mezzo consimile possano forse combattere la sonnolenza; però egli non volle adottare il salasso; egli combinò col fomento alla testa, i vescicanti alle estremità inferiori, le bevande calde moderatamente aromatiche, il solfato di chinino, e qualche volta anche il nitrato di potassa; propone la limonea acido-solforica nella diarrea prodromica e nei primi momenti di malattia confermata. Preferisce l'isolamento dei casi di cholera, immediate disinfezioni delle materie emesse con una soluzione forte di solfato di ferro, tratta le biancherie con acqua bollente. Così gli assistenti del malato si salvano, egli crede, dagli attacchi del morbo.

Il London Hospital sussidiò un gran numero di cholerosi nel 1866. Prima del finire dell'agosto si erano accettati 509 casi di cholera confermato, 54.9 per cento dei quali morirono. Si erano disposti 138 letti, ma non vi furono mai nell'ospedale più di 114 casi in una sol volta. Tutti i cessi addetti alle infermerie di cholerosi furono chiusi, e gli *excreta* si ricevevano in vasi contenenti acido carbolico, e si trasportavano dall'ospedale aggiungendovi ancora dell'acido carbolico ($^1/_2$ oncia di acido concentrato per ogni litro d'acqua circa), poi venivano sotterrate a cinque piedi. Si spargeva per le sale dell'acido carbolico in polvere; le infermiere se ne lamentavano come chè cagionasse dolor di testa e mal di gola. Tutte le biancherie provenienti dalle sale di cholerosi venivano posti in tubi con cloruro di calce, e dopo che ne erano imbevute, si lavavano con sapone d'acido carbolico per questo processo le biancherie non furono danneggiate.

Sotto i	10	anni di età	66	guarirono e	56	morirono
»	20	»	44	»	40	»
»	30	»	50	»	56	»
»	40	»	41	»	52	»
»	50	»	17	»	39	»
»	60	»	8	»	20	»
Più in là	. . . . .		2	»	18	»
			228		281	

Di 20 casi d'ogni età, curati prima del 19 luglio, 17 morirono; di 30 curati nell'ultima settimana di agosto, morirono soli 12. Dei 509 casi, il 47 per cento erano donne. La mortalità decrebbe di settimana in settimana dall'85 per cento nella prima settimana, al 35 per cento nell'ultima. Il 22 per cento degli ammessi, presi in massa, erano al di sotto dei 10 anni. Sul principio della epidemia, i malati per la maggior parte venivano portati all'ospedale già nel massimo collasso, e morivano quindi poco dopo, o sul principio della reazione. La febbre consecutiva, che rassomigliava al tifo per molti rapporti, riescì fatale in un gran numero di casi; ed anche in quelli che ne guarivano, la convalescenza era assai lunga. In questa epidemia, più che nelle precedenti, la gravezza dei crampi fu maggiore; forse vi influì il *non uso* dell'oppio in questa epidemia, paragonata a quella del 49. Si ebbero casi nei quali mancò alcuno dei sintomi soliti di cholera, e allora il carattere principale era il collasso, mancando il vomito e la diarrea od uno di questi; in altri il vomito fu gravissimo ed incessante, spesso fatale, specialmente durante la febbre consecutiva. Nella diagnosi si ebbe la massima cura di distinguere i casi di diarrea e quelli di cholera. Nel London Hospital non si ebbero casi fatali di diarrea propriamente detta. La diarrea non precedette sempre il cholera.

Fino alla fine di agosto si sussidiarono dal London Hospital circa 10,000 casi esterni di diarrea. Se questa durava da qualche tempo con scariche acquose, si davano gli astringenti, e con buoni risultati, se vogliamo giudicare dal numero comparativamente piccolo che furono poi accettati come pazienti nell'ospedale. Quando c'erano dolori forti di ventre, con poca diarrea ed evacuazioni dolorose, olio di ricino con poche gocce di tintura di oppio, cui seguivano gli astringenti se era necessario.

In un personale numeroso di servizio, solo cinque infermiere ebbero cholera, e quattro di queste morirono. Di undici lavandaje una, e morì. Tre dei casi fatali tra le prime non erano residenti nell'ospedale, e così la lavandaja. In tutto il resto dell'ospedale dove stavano gli ammalati generali, un sol caso di cholera, e fu un ragazzo che era stato trasportato in un at-

tico dove si era ricoverato il primo caso di cholera ricevuto; morì.

Il Dr. Fraser opina che le injezioni saline con una piccola quantità di alcool, come usava Little, siano una risorsa nel collasso estremo, quando il canale alimentare ha perduta ogni facoltà di assimilazione.

Little (London Hospital) accenna alla necessità di far uso di injezioni nelle vene prima che il collasso duri da un pezzo, nel qual caso si formano subito dei coaguli nel cuore, che si estendono lontano nelle vene.

« Non si injettarono che i malati che non lasciavano più alcuna speranza — casi di estremo collasso — tutti senza polso radiale, lividi, colla temperatura esterna abbassata, e che avevano perduta una quantità di fluido, o per diarrea o per vomito, per lo più per ambe le vie. I fluidi adoperati erano sangue defibrinato, siero, salini e salini con alcool. Si fece uso del sangue di pecora, mantenuto coll'immergere il vaso che lo conteneva nell'acqua calda, defibrinato col batterlo, poi filtrato. Adoperai il sangue defibrinato ad istanza del Dr. H. Jackson, ma solo in due casi assai gravi. Non si ebbe influenza favorevole nemmeno temporaria, e sembrò imbarazzare ed affrettare la respirazione. Da questi casi non si può trarre alcuna conclusione quanto all'impiego del sangue ».

Anche lo siero adoperato era di pecora. In un sol caso, usato puro, riescì giovevole; ma l'età del paziente, 64 anni, gli fu probabilmente fatale. Little usò un fluido salino per injezione; cloruro di sodio 60 grani, cloruro di potassio 6 grani, fosfato di soda 3 grani, carbonato di soda 20 grani, acqua distillata 20 once. Queste proporzioni con 2 dramme di alcool puro in qualche cosa meno di $^1/_2$ litro (1 pint) di acqua, furono usate poche volte e in tutti i casi riesciti bene, e ciò fin dal 1849. Il liquido era a 110° F. o lì presso, tenendo calcolo di un pò di raffreddamento passando lungo l'apparecchio di injezione. Dapprima si usò una siringa, poi un tubo di gomma, lasciando che il fluido penetrasse per gravità. Little dà i risultati di 15 casi, 4 dei quali felici; cita altri casi favorevoli verificatisi dopo la stampa del suo rapporto. Il Dr. Woodman incaricato del servizio del Limehouse District Hospital, Wap-

ping, riferisce in senso favorevole sull'injezione salina, e se ne valse tre volte con molto vantaggio temporaneo ogni volta, e con una guarigione. I soggetti di questi casi erano senza polsi, ed uno anzi insensibile. Little sceglieva una vena al gomito:

« In genere non era difficile il trovare una vena, ma qualche volta però non se ne poteva scoprire attraverso la cute. Allora io metteva la vena alle scoperto passandovi sotto uno specillo prima di aprirla. Il fluido proveniente dall'apparecchio lava via il sangue dalla ferita e l'operatore non può sbagliarsi nell'introdurvi il becco del tubo, ed evita di farlo penetrare o nel tessuto cellulare, o nella guaina della vena ».

Il Dr. Fraser del London Hospital, ritiene che un vero caso di collasso cholerico presenta naso, lingua, respiro freddi, orina soppressa, e la voce mancante. « In tali condizioni il malato assai di rado può guarire ..... Quando mancano, si può avere a un di presso lo stato seguente, e allora si può sperare la guarigione: non si ode l'azione del cuore, manca il polso, pelle raggrinzata, mano da bugandaja, cute coperta da un sudore freddo di agonizzante, vomito, diarrea, crampi, ecc. — Questa epidemia incominciò d'un tratto, si fece tosto assai intensa, arrivò rapidamente al massimo, e declinò rapidamente, come già altre volte fece il cholera, ecc. — Non si osservarono nuovi sintomi, ma una gran varietà nei diversi casi; per esempio, in alcuni i crampi costituirono il sintomo principale ». Ripeto il fatto che in quest'occasione come prima, furono vittime del morbo principalmente i sucidi e mal nutriti, e in particolare quelli che vivevano in abitazioni luride, malsane. Gli astringenti e gli stimolanti non godettero gran simpatia. Ancor meno l'olio di ricino, il tartaro emetico e il solfato di magnesia, in piccole dosi. Si preferì la limonea salina. Giovò il mercurio con creta con piccole dosi di ipecacuana e polvere del Dower. « I bagni alla temperatura di 98° a 104°F. furono utilissimi in circa 130 dei casi peggiori ». In alcuni casi di estremo collasso i bagni caldi non giovarono nulla; e qui osserviamo che tale fu l'esperienza del marzo scorso in Parigi. Per il vomito incessante si tentò ogni sorta di rimedio;

nutrienti giovarono poco; le pillole di creosoto rie- abbastanza bene in tre casi, il bismuto e l'acido idro- in un caso, in molti il ghiaccio. Un ragazzo di 12 anni vomitò ogni liquido appena ingerito, cercò del pane con burro, lo si concedette e restò nel ventricolo. Parve giovasse questa formola: solfato di chinino 1 grano, tinct. ferr. mur. 15 goccie, acqua 1 oncia. Il trattamento solito del periodo di reazione fu la polvere grigia, ipecacuana e polvere del Dower, bevande con clorato di potassa e limonee saline, e attenzione allo stato delle vie intestinali e alla dieta. Manifestandosi l'assopimento, faccia accesa, congestione delle congiuntive, ecc., giovano assai i senapismi o i vescicanti alla nuca. Nella cefalea grave fin dal principio, giova l'irrigazione fredda. Il collasso declinò spesso insensibilmente in reazione. Di 52 morti, uomini, 25 perirono in collasso, 27 nel periodo di reazione; di 55 casi fatali di donne, 33 lo furono al collasso, 12 nella reazione.

« La viva reazione era caratterizzata da distinte placche rosso-scuro alle guance, molta congestione della congiuntiva, aspetto sonnolento, abbandonato, collo sguardo vagante della febbre, occhi socchiusi, pupille rivolte all'insù od all'interno, lingua dura, secca, denudata di epitelio, labbra e denti fuligginosi, respirazione faticosa, nei bambini e nei giovinetti la posizione prona di preferenza. Ebetudine della mente, dalla quale il paziente non si poteva sollevare, in qualche caso delirio violento, condizione che di solito finiva coll'essere fatale ».

Le variazioni di temperatura in questo stadio furono degne di osservazione. Il termometro provò che la temperatura non poteva essere debitamente valutata dal tatto. Gli estremi di temperatura furono 91.2 e 105.6. Nella reazione la temperatura era al di sotto del solito, qualche volta ancor più bassa di quel che fosse ai primi momenti del morbo. Nella reazione favorevole fuvvi di frequente un distinto abbassamento di polso, per lo più 54. Un ragazzo di nove anni, che pareva avviarsi bene, aveva il polso a 45. Spesso diventava intermittente nel periodo di reazione maligna; in un caso fatale mancò sempre la settima battuta; nulla spiegò questo fatto nel reperto cadaverico.

Gli estremi di respirazione furono 12 e 44. In alcuni casi

favorevoli comparve una eruzione roseolare nel periodo di reazione, osservando che in alcuni casi era preceduto da un aumento di temperatura, che tosto declinava col dissiparsi dell'eruzione. Un ragazzo che aveva eruzione roseolare con reazione violenta e che morì poi, presentò edema dei piedi, e spasmi alle mani ed ai piedi. Una ragazza essa pure con roseola, non ebbe edema, ma spasmi nelle mani e nei piedi, e guarì.

Come notammo nel nostro estratto del rapporto sul cholera all'Hôpital S. Antoine, dove si osservò l'ingrossamento e la suppurazione della ghiandola parotide e della sotto-mascellare in alcuni casi consecutivi di cholera, anche nel London Hospital si osservarono simili affezioni in condizioni eguali. Tra i postumi di cholera, il Dr. Ogle al St. George ed altri osservatori, notarono l'urticaria ed altre eruzioni.

Al London Hospital parecchi casi di cholera indussero aborto, riuscendo tutti fatali; una donna partorì a termine naturalmente e guarì; tre altre quasi a termine di gravidanza morirono prima del parto; un bambino nacque morto a termine, come altri tre venuti in luce per operazione cesarea immediatamente dopo la morte della madre. La secrezione del latte continuò in quattro casi di nutrici, e furono assai gravi. La storia susseguente dei bambini non la si conosce; madri e bambini venivano tosto separati col manifestarsi del cholera. Si notò spesso la sensazione di rumori nella testa, e in un caso fu questo il primo sintomo. Comuni le affezioni della cornea, esposte a lungo per la parziale apertura continuata delle palpebre; una bambina fu cieca completamente per rapida ulcerazione di ambe le cornee. Nella reazione si ebbe di frequente la corizza, specialmente nei ragazzi. La mestruazione continuò in quelle donne che l'avevano in corso all'irrompere dell'accesso cholerico. Tutte le donne ebbero una secrezione vaginale muco-purulenta; macchiata di sangue nelle adulte, quantunque non al periodo di mestruazione; in un caso si ebbe una considerevole quantità di sangue.

Nel periodo di reazione e di guarigione, la gravità specifica dell'orina oscillò da 1005 a 1017 colla media generale di 1006. La gravità specifica dell'orina fu assai bassa, anche al ritornare di codesta secrezione dopo ch'era soppressa da parecchi dì. È bene ricordare che la secrezione dell'orina si ristabilì sovente

prima della facoltà di evacuarla. Quasi sempre, orine acide, colla massima acidità sul passaggio verso la reazione. Quasi metà dei casi presentarono albume in quantità diverse; questo scompariva presto, tranne dove ci fu ragione a sospettare un' antica malattia renale. In molti casi le orine trattate coll'acido nitrico diedero un brillante color rubino. In un terzo circa dei casi si trovarono urati e cristalli di acido urico in quantità. Non si osservarono ossalati. Nella maggior parte dei casi, epitelio dai reni, dagli ureteri, dalla vescica; e nelle donne, epitelio vaginale, come se colla reazione si stabilisca una generale desquamazione. In tutte le orine esaminate si trovarono cellule in decomposizione, frammenti di epitelio granulare, jalino, di rado integro; molta inclinazione alla decomposizione dell'orina, e tendenza a riempirsi delle più minute forme della vita animale e vegetale.

Le secrezioni intestinali rassomigliavano assai all' acqua di riso, separabili o collegate in un fluido lattiginoso supernatante, e sedimento fioccoso; il fluido era grigiastro, semi-trasparente, in alcuni casi conteneva dell' albume; il sedimento era costituito da fiocchi di muco coagulato, contenenti numerose molecole e granuli — molte con moti attivi — e cellule di diverse dimensioni ed a periodi diversi di sviluppo o di decomposizione. Alcune rassomiglianti ai corpuscoli scoloriti del sangue: altre grandi il doppio o il triplo con nuclei manifesti senza l' azione di reagenti; alcune ripiene di granuli rifrangenti, non distinguibili dalle note cellule-granuli. Si trovarono anche delle masse cilindriche ben distinte di materia granulare, probabilmente frammenti di follicoli, ma senza alcun che di rassomigliante alla membrana mucosa. L' epitelio normale dell' intestino mancò quasi sempre nelle evacuazioni in vita. La secrezione di sangue dalle vie intestinali fu sempre indizio di risultato fatale. Il vomito conteneva epitelio della bocca e della faringe, materia granulare, e diverse cellule vegetali provenienti dai cibi.

Mr. Mackenzie, medico residente assistente al London Hospital, osservò che i crampi gravi raggiungevano la temperatura dell' ascella di 2° F. Quanto più frequente la respirazione, tanto maggiore la temperatura, esaminata nel retto, nella vagina. Un bambino che morì in reazione imperfetta, ebbe la in-

solita temperatura di 101.8 esternamente e 106.2 internamente. Mr. Mackenzie ritiene che l'aumento della temperatura *post-mortem*, corrisponda alla durata della malattia ed al periodo nel quale diventò fatale. Cita casi di spasmi negli arti dopo la morte, ed osserva che si verificano nelle parti affette da crampi in vita. (Questi spasmi post-mortem possono involgere questioni medico-legali, in qualche caso estremo). Sono comuni le piaghe aftose e le vesciche della bocca, delle labbra, della lingua, e l'angina, specialmente nei casi accompagnati da roseola cholerica. Nel periodo di reazione è pur comune un dolor grave all'epigastrio. Si osservò non di rado la bronchite capillare, con pus denso nei tubi minuti; essa costituiva una gravissima complicazione del periodo di reazione. In alcuni casi si ebbe ulcerazione della cornea. L'atropina e la fava del Calabar agiscono sulla pupilla nel cholera. Lo stato della pupilla varia molto nel cholera; nel collasso non è largamente dilatata, come nel periodo algido.

Il Dr. Woodman, all'interessante rapporto del quale sul Limehouse Cholera Hospital alludemmo già, dice:

« I risultati dei nostri reperti cadaverici sono in gran parte contradditorj. Contro la generale opinione, i polmoni dei malati morti nel collasso erano spesso congesti; in un caso morto nella reazione, erano contratti e senza sangue. Il cuore conteneva sangue in ambedue le cavità (specialmente il destro); si ebbe un caso di ventricoli contratti e vuoti. La cistifelea sempre piena. I follicoli mucosi degli intestini in genere assai prominenti. Le malattie renali croniche ebbero molta influenza sulla mortalità, specialmente su quelli che morirono nel periodo di reazione ».

Il Dr. Letheby nel suo rapporto sull'epidemia di Londra del 1866, dimostra le difficoltà che si incontrano quando si tenti di localizzare la malattia. La gran mortalità che si riferisce alla sregolatezza della domenica, si verifica al martedì, come si desume dalle tavole costrutte sui rapporti del Registrar-General pel 1866. Ciò si osservò pure a Dublino e in altre località nella presente epidemia, come nelle epidemie precedenti.

Il Dr. Lionel S. Beale crede probabile che le vittime del

cholera fossero individui sofferenti di alterazioni croniche di struttura nei tessuti degli intestini, da mesi e in alcuni casi da anni.

Il cholera è sempre legato alla perdita di epitelio cilindrico dai villi. « Quantunque non ci sia diarrea pel momento, questo epitelio trovasi poi in abbondanza negli intestini del cadavere ». In alcuni casi di morte sopraggiunta rapida « per subitaneo arresto di sangue nei capillari degli organi importanti, non c'è nemmeno tempo perchè l'epitelio possa distaccarsi dai villi, precisamente come possiamo avere la morte per vajuolo e scarlattina senza eruzione alcuna ».

« Il processo affetta la mucosa della cistifelea e dei condotti epatici maggiori, della vescica, degli ureteri, della pelvi renale, delle tube fallopiane, dell'utero, della vagina. Pare insomma che l'epitelio delle superfici molli ed umide tenda a cadere; non già l'epitelio specialmente compreso nell'*eliminazione*, bensì quello che riveste i condotti delle ghiandole e delle cavità che si possono comprendere nella categoria della porzione di condotto delle diverse ghiandole secretorie ».

Il Dr. Beale aggiunse:

« I follicoli della mucosa dello stomaco e dell'intestino, delle ghiandole salivari, del pancreas; i tubi del fegato, dei reni e di altre ghiandole, serbano l'epitelio; nè io potei dimostrare alcuna forma speciale al cholera in queste varietà di epitelio ghiandolare. E, per quanto io potei osservare, sarebbe assai difficile il distinguere molte cellule secernenti tolte dal cadavere di un choleroso, da cellule perfettamente sane ».

D'altra parte il Dr. Parkes e il Dr. Gairdner asseriscono che la separazione delle cellule epiteliari risulta da macerazione meccanica post-mortem.

Il Dr. Austin Flint del Bellevue Hospital, Nuova York, pubblicò una bellissima confutazione della così detta teoria d'eliminazione del cholera. E conclude così:

« L'importanza degli argomenti che sostengono la teoria di eliminazione nella cura del cholera, non ha gran valore. Accettando questa teoria, non bisogna opporsi al vomito, alla diarrea, anzi si devono favorire. Il solo pensiero del risultato pratico di questa teoria, deve colpire non poco chi è d'opinione,

che la maggior fonte di pericolo nel cholera, sta nella perdita dei costituenti del sangue contenuti nell' effusione cholerica. C' è da temere che l' influenza degli ingegnosi scritti del professor Johnson, abbia a condurre alla perdita di non poche vittime.

Un altro fatto pratico segue legittimamente l' accettazione della teoria di eliminazione, che cioè non si deve frenare la diarrea prodromica. Non è necessaria una lunga considerazione di questo precetto per rifiutare la teoria. Certo è che non v'è fatto meglio stabilito nella pratica di questo, che arrestando la diarrea che sì spesso precede lo sviluppo del morbo, si previene il cholera. Possa questo fatto pratico pesare quanto basti nelle riflessioni dei medici sulla teoria d' eliminazione. La impossibilità di conciliare questo fatto coll' altra teoria, fa sì che questo non possa reggere ».

La Conferenza Sanitaria Internazionale pubblicò i suoi rapporti e consigli per preservare l'Europa dal cholera; dobbiamo al Dr. Goodeve un interessante sommario degli atti della conferenza. Vi si comprendono misure onde prevenire lo sviluppo e il divamparsi del cholera mediante la purificazione, le misure sanitarie, e l' isolamento. La Commissione, onde migliorare le condizioni delle località infette dal morbo più o meno endemico, desidera l' esercizio di un controllo sanitario attivo sui pellegrini e sulle piazze di affluenza centrale, sui battelli ed altri mezzi di trasporto, ed una sorta di quarantena di sorveglianza sui viaggiatori di mare e di terra — quest' ultima da estendersi anche ai casi di diarrea come a quelli di cholera, ed alle persone provenienti da siti infetti; — queste idee partono dal principio, generalmente ammesso, della trasmissibilità del morbo da individuo ad individuo.

Il tratto più importante che fu considerato dalla Commissione, è l'aumentata frequenza del cholera in Persia, dove negli undici anni dal 1851 al 1862 si ebbero dieci epidemie. Aggiungiamo che anche in Egitto si osserva la stessa tendenza, quantunque non a tal punto.

Non nascondiamo che l' effettuazione di queste misure incontra molte difficoltà e molte spese; ma i benefizj che derivano dal prevenire o dal fermare il morbo, compensano alta-

mente dei sacrifizj fatti, nè s'ha a dimenticare il vantaggio che deriva, anche dal lato dell'educazione, per la grande importanza data alle migliorate misure sanitarie. Gli ultimi rapporti dell'Egitto superiore sull'irrompere del morbo, sulla immensa mortalità e sullo stato di degradazione degli schiavi, l'orrendo fatto che i cadaveri dei cholerosi si gettano tutti nel Nilo, la sorgente generale d'acqua per tutti i bisogni di tutto l'Egitto, invocano un pronto ed energico intervenire dell'Europa in questo paese di schiavitù e di abbominazioni, come lo chiama un nostro collega (1). Questo intervento lo si desidera anche per l'India, ancor più vicina a noi per così dire; speriamo che la Commissione sanitaria in quel paese abbia ad ottenere grandi miglioramenti. La Persia diede già un bell'esempio col proibire due volte i pellegrinaggi in tempo di cholera.

Il Dr. Warren Stone ritiene che il cholera non sia personalmente contagioso, e che non lo si possa troncare colla quarantena. Credo, egli dice, che le lordure e gli escrementi dei cholerosi, in uno spazio limitato, possano generare la malattia. Cita parecchi esempj importanti di propagazione di cholera, per essersi esposti all'atmosfera di un battello dove erano stati dei casi di cholera. Ritiene che la causa della febbre scarlattina, del morbillo, del vajuolo ed anche della semplice febbre intermittente, non sia meno oscura di quella del cholera. Crede che il riferire il cholera ad un avvelenemento del sangue ajuti a rischiarare l'argomento, e che lo spiegare la malattia facendola derivare dal gran simpatico, sia uno spiegare un fenomeno inesplicabile con una teoria inesplicabile, in altre parole, per puro assunto. Ammette caldamente l'importanza di una attività regolata, della dieta vegetale con buoni cibi e una quantità sufficiente di stimolanti, in tempo di cholera; l'eccesso di cibi malsani e di bere, predispongono al morbo. Nei primi disturbi intestinali somministra chinino, calomelano ed oppio, e mette a letto il paziente; brodo di carne ed acqua con poca acquavite. Se le emissioni si fanno co-

(1) Lancet 23 feb. 1867.

piose ed esaurenti, gli astringenti, chinino e dosi moderate di oppio. Le sostanze stimolanti e riscaldanti disturbano ed esauriscono il malato; giovano molto le piccole dosi di calomelano, mezzo grano, un grano, ogni mezz'ora ed anche più di frequente, fino a prenderne dieci o dodici grani. Dà molta importanza alla spugnatura fredda, ed all'uso interno d'acqua fredda o ghiaccio. Ricordiamo però che il nostro Autore scriveva a New Orleans, e che si deve quindi tener conto del clima di quel sito.

Non possiamo convenire coll'asserto che la patologia del cholera non abbia carattere anatomico. In complesso lo scritto del Dr. Stone merita di esser letto.

Simon, nel suo Memorandum officiale (1), si ferma sulla importanza massima di tosto disinfettare tutte le materie emesse dal paziente, e prevenire che vadano a mescolarsi con altre sostanze e con fluidi, poichè ne risulterebbe molto maggior danno da queste materie quali mezzi di propagazione del cholera, anche diffusi in larghi volumi di acqua. Il paziente, le biancherie di esso, gli abiti, ecc., possono tutti nello stesso modo propagare la malattia. Il Memorandum dimostra, come le circostanze locali agiscano potentemente nel favorire lo sviluppo della malattia, dato che anche un sol caso, fosse leggiero, siasi sviluppato nelle vicinanze. Il solo salvaguardia durevole sta nell'assoluta pulizia, e nei lavori ben diretti delle cloache, delle colature e dell'acqua. Nel Memorandum trovansi utili istruzioni per disinfettare l'acqua potabile, ecc. I migliori sono l'ebollizione e l'uso del fluido disinfettante rosso Condy; il processo devesi applicare ogni giorno alla quantità d'acqua da consumarsi in quel giorno. Non si può fidarsi della filtrazione, quantunque sia un'utile aggiunta ai mezzi suesposti.

Glaisher fece delle ricerche sulla profondità da cui deriva l'acqua nei tempi di epidemia, onde verificare quanto disse il Professore Pettenkofer riguardo al nesso di dipendenza tra l'epidemia e la profondità dello strato. È un fatto che certe forme

---

(1) Official Memorandum of the Medical Officer of the Privy Council, luglio 1866.

di febbri osservate nei distretti paludosi dell'Inghilterra, dipendono dalla siccità; è nota la fatalità della febbre nelle nostre truppe durante la guerra peninsulare, quando marciavano nel letto asciutto di un fiume. Non vogliamo però diminuire per nulla il merito dell'erudito professore per le sue importantissime ricerche.

Il Prof. Rolleston di Oxford, pubblicò non è molto una bellissima lettera sullo Spectator, esponendo con molta chiarezza molti punti importanti di igiene. Passa in rivista le cinque condizioni di Pettenkofer per lo sviluppo del cholera, due delle quali dipendono da cause personali e tre dalle locali.

« La prima condizione personale è la presenza nel sito dove deve svilupparsi il cholera, del particolare e specifico veleno cholerico, cellula o fermento, che origina dai *rejectamenta* dei cholerosi, ed anche degli escreti di persone sane che provengono da siti infetti. La seconda condizione personale è la recettività e suscettibilità, spesso procuratasi da sè stessi, della persona all'infezione. La prima condizione locale è la porosità e la permeabilità del primo strato di terreno all'aria ed all'acqua. La seconda, è la presenza ad una maggior o minor profondità dalla superficie dello strato poroso, di quello che Pettenkofer chiama *Grundwasser* — quantunque egli ci dica che i suoi oppositori non adotteranno la sua nomenclatura — e che noi chiamiamo sorgente od acqua sotterranea. La seconda condizione locale è specialmente fatale quando il livello delle *sorgenti* cade insolitamente al basso, dopo essere stato insolitamente alto. La terza, senza della quale è impossibile la diffusione del cholera, è la presenza, più o meno diffusa nello stato poroso, di quelle sostanze organiche che le cloache moderne portano fuori dai nostri recinti, ma che l'antica incuria lasciava putrefare intorno alle case, nelle fogne e nei letamai. Qui, come in tanti altri casi, le colpe dei padri sono scontate dia figli, e il suolo può ritenere per un tempo quasi indefinito l'impurità organica che vi si lasciò colare da molte generazioni ».

Non bisogna aspettarsi che appena adottate le misure sanitarie si abbia l'immunità contro il cholera; in tutti i casi

però si può sperare di andarne esenti, purchè queste misure siansi già messe in pratica da tempo.

I Dr. Pettenkofer, Griesinger e Wunderlich pubblicarono in un piccolo volume alcune importanti osservazioni, e il Professore Rolleston ne diede un breve sunto. Essi raccomandano specialmente il solfato di ferro, per ragioni chimiche ed economiche, a disinfettare le cloache; « insieme ad un acido, a preferenza del cloruro di calce, che possiede e produce una reazione alcalina. L'esperienza ha dimostrato che il germe cholerico ha bisogno di una particolare atmosfera per vivere, e questa atmosfera particolare è fornita dall'esalazione alcalina dei secessi umani in decompozione. In questa operetta come negli scritti pubblicati nel Zeitschrift si raccomanda di stabilire *Observirungs-spitals* per le persone affette da diarrea prodromica. Solo il quattro per cento di codeste persone confinate in case di osservazione, passarono in cholera dichiarato — risultato sufficiente per confermare la raccomandazione fatta. Al giorno d'oggi, mentre i pratici e le dottrine inglesi hanno opinioni così diverse, riguardo al trattamento, è importante il dire che i tedeschi, come la maggior parte dei medici in India, raccomandano le piccole dosi di oppio quale rimedio migliore pei sintomi precursori ».

Mentre i tedeschi ritengono che gli escreti cholerici siano la fonte del cholera, credono altresì che l'impurità dell'acqua favorisca la diffusione del morbo, più che non sia veicolo del germe cholerico specifico. E nello stesso tempo non si dichiarano positivamente in questo opuscolo, quali oppositori della spiegazione del Dr. Snow, dei fatti ricordati ultimamente dal Registrar-General.

Il Prof. Rolleston parla altresì con giusto elogio degli importanti lavori del Dr. Budd di Bristol e di altri medici inglesi, su argomenti sanitarj.

M. Bordier (1), allievo del Dr. Gubler, ritiene che la diarrea

---

(1) « Archives Générales de Médecine » feb. 1867; Epidémie Cholérique de 1866 à l'Hôpital Beaujon, par A. Bordier, Interne des Hôpitaux.

prodromica sia una prova della resistenza dell'organismo al veleno cholerico. Egli chiama *cholera* quei casi di profonda e subitanea invasione del veleno. La malattia presenta tre fasi: 1ª, spoliation par des voies variables, che probabilmente si può interpretare per privazione di fluido vitale per vie diverse; 2ª, galvanizzazione dei filamenti vaso-motori del simpatico; 3ª, consecutivo rilassamento del vaso-motore. Cholerina quando è mite, cholera se grave, è detta anche choléroïde, cioè, quando è modificata da malattia precedente. Il cholera può presentare tali caratteri da poterlo classificare in sudorale, meningeo, sincopale *foudroyante*, tetanico, tifoideo. I crampi variano di frequenza e intensità in ragione inversa dell'età e in ragione diretta dalla muscolosità del malato. Cedono spesso ai senapismi ed all'elettricità (o, aggiungiamo, al cloroformio applicato su delle filacce o all'opio internamente, od alle inalazioni di cloroformio. — *Reviewer*).

La diarrea e il vomito spesso alternano, la prima abbatte più presto dell'altro. Sempre acido in principio, il fluido del vomito diventa poi alcalino, affatto bilioso, e costituisce allora un vero flusso di bile — *cholirrhée*. Cessato questo, spesso sopravviene l'itterizia.

I secessi sono alcalini, contengono elementi albuminosi, rassomiglianti a siero, quantunque ne siano diversi. Vi si trovano molte specie di animali infusorj che muojono col freddarsi della materia. Le evacuazioni sono susseguite da secchezza delle mucose e delle sierose. A tal punto la pelle facilmente si esulcera e si sfacela, per l'anestesia e la mancanza di elasticità.

Nel periodo algido, se si ottiene un pò di orina, questa si cangia in azzurro coll'acido nitrico; (1) vi si trova anche molto albume. Nella reazione scompariscono e l'azzurro e l'albume. Sono allora in eccesso l'acido urico e l'urea, risultati di completa ossidazione, qualche volta lo zuccaro. La glicosuria dipende, senza dubbio, dall'iperemia passiva del fegato, spesso ingrossato

(1) Violetto, porpora, in qualche caso quasi nera, o colori diversi; Dr. H. Weber, Medical Times and Gazette, agosto 1866.

a questo periodo. La cistifelea distesa da liquido mucoso. Ingrossata anche la milza. Complicazione frequente e quasi sempre fatale è la paralisi progressiva della bocca e delle pinne nasali, poi sopraggiunge l'asfissia meccanica. — Terminazione osservata da M. Bordier e non mai prima descritta.

Una considerevole iperemia delle sinovie accompagna qualche volta la reazione; le mucose, nella reazione, secernono spesso del pus in copia.

La convalescenza viene qualche volta ritardata dalla contrazione delle estremità, e dalla paralisi del sistema muscolare (*paralysie amyhotrophique*).

I rimedj che sembravano più utili nelle formidabili congestioni del periodo di reazione, furono il solfato di chinino, il caffè, la sottrazione di sangue, e la belladonna.

Dal primo manifestarsi dal cholera a Southampton nel 1865, dall'interessante rapporto del progredire di esso in Gozo (1), dalla relazione dall'irrompere del morbo a Dublino (2), e dalle relazioni d'altri siti, rileviamo fatti che confermano la contagiosità di esso, ossia la *portabilità* da persona a persona, e la tendenza ad attaccarsi alle località o agli individui disposti, per così dire, a riceverlo. L'epidemia recente che ancora (3) serpeggia in alcune località dell'Inghilterra, dell'Irlanda, ecc., presentò delle particolarità diverse da quelle dell'epidemia del 1849 e 1854. Pare che in complesso la malignità (4) del morbo sia piuttosto aumentata, che la mortalità sia stata maggiore in un tempo relativamente breve, che si siano ottenuti i migliori risultati in Londra generalmente, per le attive misure igieniche addottatevi da qualche anno; mentre, come si osserva dal Registrar-General, la negligenza e l'ignoranza, dovunque esistano, sono causa di immenso numero di morti in casa e fuori.

Il Dr. Camps sostiene l'uso del chinino, della salicina, o dell'arsenico, quali profilassi contro il cholera e la diarrea epi-

---

(1) Statistical Sanitary, and Medical Reports of the Army Medical Department, vol. VI, 1866.
(2) Medical Times and Gazette, dic. 15, 1866.
(3) Dicembre, 1866.
(4) Ciò si riferisce appena al 1849.

demica. Il Chirurgo Maggiore Blacklock emesse l'idea che la vaccina e il vajuolo possano proteggere dal cholera. Tucker opina pel trattamento del cholera mediante i salini, come propose già da molto tempo, il Dr. Stevens. Il Dr. Dudley Kingsford abbatte il cholera mediante il fosforo « in una qualche forma ! » Il Dr. Konigberger sostiene l'innesto della quassia come cura del cholera.

Un medico dice di tenere il sangue in circolazione nel cholera mediante il moto meccanico (per *rimescolamento* o *ondulazione*; e visto che il resto della cura di codesto autore anonimo, stà nel porre il malato in un bagno alla temperatura di 120°, 150° F. fregando il corpo con salamoja, ci si scuserà se non raccomandiamo il resto di tal pratica).

Il Dr. Howe riferisce all'influenza lunare le epidemie del 1831-32, 1848-49, e 1866, lasciando fuori quella del 1854. Pare che quest'ultima non s'accomodi coi periodi necessarj alla perfezione della sua teoria.

Ancorchè cessata l'epidemia, i pochi casi isolati richiedono ancora la vigilante attenzione delle autorità. Questa è una lezione di quest'anno; mentre il cholera infieriva presso la Tower, l'Isle of Dogs, e Victoria Park, sull'area attraversata dalla Blackwall Railway, e dalla Great Eastern Railway, fino a Stratford e West Ham, frammezzo a una popolazione in continuo attrito di comunicazione, entro contrade strette e lungo il Regent's Canal e il Tamigi, e nel rimanente di Londra e dei vicini distretti cui si erano rifugiati molti e molti che abitavano l'est di Londra, il morbo si limitò strettamente entro definiti confini, e non si estese più in là, quantunque gli spostamenti della popolazione fossero liberi come l'aria. La futilità delle quarantene è ormai così nota, che non si pensò nemmeno di proporle in Londra. Si tolse l'acqua impura; aumentò la diligenza degli ingegneri delle acque; si attivarono le fogne più di quanto si facesse prima e le si praticarono anche nel Sud di Londra; gli ufficiali sanitarj aumentarono di vigilanza; si curò la diarrea prodromica; ogni caso veniva tosto portato a pubblica notizia; gli escreti cholerosi distrutti coll'acido carbolico e con altri disinfettanti. In pochi casi la malattia si comunicò mediante contatto col veleno; la diffusione generale fu

però arrestata. Questo è il segreto che frenò in Londra un epidemia sì fatale, nello stesso anno, nelle città del continente.

L'Old Ford *reservoir* fornisce l'acqua a sei quartieri (districts) dell'est di Londra ed ai sobborghi West Ham e Stratford, con una popolazione di 531,921 persone, 4104 delle quali morirono di cholera nelle 23 settimane dal 30 giugno al 1.° dicembre, colla proporzione di 77 morti su 10,000 anime. Il resto di Londra, tranne i quartieri ora indicati, non alimentato dall' Old Ford, contiene 2,566,882 persone, 1819 solo dei quali morirono di cholera nello stesso periodo di tempo, con una media di 7 su 10,000. Poichè il risultato generale della dispendiosa opera delle fogne e dell'incanalatura, e della migliorata somministrazione d'acqua in Londra riescì tanto soddisfacente, è bene che sia stata instituita una Commissione per esaminare lo stato dei nostri fiumi, delle fogne, ecc.

Il Dr. Chevers (1) pubblicò una descrizione spaventosa ma pur vera delle cause locali del morbo nel Delta del Gange. E, fatto importante, da quel gorgo di morte, il cholera non solo esce fuori di tempo in tempo a seminar strage nelle più remote regioni, ma non vi cessa mai. Nello scritto di Chevers si trova indicato un lavoro importante del Dr. J. Moore sulla grande impurità delle acque del Bengala in generale.

Un largo numero di distinti medici, compresi i presidenti del Royal College of Physicians e del General Medical Council, i direttori generali dell'Army and Navy Medical Departments, ecc. formularono così una risposta al Consiglio dell'Epidemiological Society: 1.° Che in fine, non è prudente l'ammettere cholerosi nelle sale ordinarie degli ospedali generali. 2.° Che i cholerosi si possono benissimo collocare in sale speciali negli ospedali generali, colle dovute precauzioni; e che è quindi desiderabile che le autorità di codeste istituzioni ne concedano al pubblico il benefizio, disponendo così di un provvido mezzo di ricovero per i miserabili che vengano colpiti dal morbo. 3.° Che sarà

(1) Indian Annals of Medical Science, 1866. — Half-Yearly Abstract of the Medical Sciences, 1866, vol. XLIV, pag. 5.

spesso necessario che si istituiscano ospedali speciali in aggiunta o invece degli ospedali generali.

Il Consiglio raccomanderebbe altresì che all'apparire del cholera, i poveri abitanti in luoghi ed in case malsane potessero rifugiarsi in luoghi speciali, ancorchè non presi da cholera.

Il Dr. Crisp, alludendo alla teoria spasmodica del Dr. George Johnson, dice che « è un puro assunto, non sostenuto da prove ». Ma ammesso anche che la teoria del Dr. Johnson dello spasmo delle piccole arterie sia giusta, in qual labirinto di difficoltà non ci troveremo, esaminando la questione da questo punto? Se queste arterie polmonari hanno fibre muscolari, e sono in spasmo, che di meglio dell'oppio per mettervi riparo? I difensori della cura coll'oppio, se appartengono alla teoria spasmodica di Johnson, non potrebbero trovare miglior prova dell'esattezza di codesta teoria. Ma, sfortunatamente per loro, il Dr. Johnson ignora e l'oppio e il bagno caldo, ecc. Il Dr. Crisp aggiunge poi, che l'iperemia che si osserva in alcuni organi devesi piuttosto alla mancanza di *vis a tergo*, all'indebolita azione del cuore, ed allo stato inspessito del sangue, ecc. Si ferma anche sugli effetti importanti del non passaggio della bile (in generale nel cholera) negli intestini.

Il Dr. Shrimpton asserisce che il cholera non è contagioso; i poveri si possono curare in casa, tranne i casi più gravi, da trasportare all'ospedale. Non ha fiducia nei disinfettanti, approva altamente la pulizia.

Il Dr. Peters insiste per la quarantena prolungata e rigorosissima, per la pulizia, la disinfezione, quali mezzi atti a prevenire il diffondersi del morbo. Quantunque vi si trovino le opinioni di molti celebri autori e di altri meno noti, l'opera di Peters non è esatta in alcuni punti. A pag. 156, per esempio, dice: — Uno dei caratteri più distinti del cholera è che tutte le scariche sono acide, non se ne trovarono mai di alcaline, le scariche alvine, come quelle del vomito, ecc. — Queste asserzioni non si trovano d'accordo colle ricerche di Bordier, di Pettenkofer e di altri. Aggiungiamo che le idee del Dr. Peters sulla quarantena, non sono praticabili coi mezzi moderni di locomozione.

Il Dr. Haugton accenna l'idea di alcuni, che il cholera

nel 1832, 1849 e 1866 fosse in relazione con fenomeni meteorici, ricorrenti ad intervalli di diciassette anni (1).

« Quantunque » dice il Dr. Haughton « non si possa negare l'influenza di queste periodiche cause astronomiche nel volgere una malattia endemica in malattia epidemica, semplicemente perchè ciò nè si può provare nè si può negare, è pure inconsistente colle leggi della scienza induttiva, l'ammettere per un fenomeno una causa che è solo una causa possibile, fin quando esiste una causa probabile di reale influenza. Possiamo quindi rigettare tali cause fino a che possiamo assegnare cause più probabili al fenomeno, che in caso di cholera è sempre possibile; e d'altronde le cause astronomiche del cholera si ridurrebbero a cause meteorologiche di influenza diffusiva; poichè le fasi meteoriche e le altre influenze astronomiche, non si possono far sentire che influenzando la costituzione di larghe regioni d'atmosfera ».

Su queste idee si spiegano i fatti dal primo apparire del cholera a Dublino nel 1866; in quell'anno si ebbero 1193 vittime. Il Dr. Haughton traccia lo sviluppo del morbo fin dal caso di Magee, una donna « che importò il cholera da Liverpool, nel luglio, 26 »; siamo certi che gli scritti susseguenti di questo osservatore chiaro e scientifico, aggiunti a quanto già pubblicò, costituiranno un assieme importante di cognizioni sul terribile morbo.

A Parigi nel 1865 i bagni caldi pei cholerosi non riusciro no. Il Dr. A. Clarke, medico al London Hospital, li ritenne benefici. L'injezione nelle vene fu approvata da alcuni per gli estremi casi di collasso, altri non la ammisero. M. Jules Besnier (2) attribuisce l'asfissia del cholera, alla congestione polmonare e al deposito di una sostanza rossiccia, viscosa, una specie di gelatina, sulla superficie della mucosa bronchiale. In questa sostanza tenace, il microscopio rivelò un numero considerevole di cellule,

(1) Il Dr. Howe, l'autore di codesta idea, ignora l'epidemia del 1854; essa avrebbe imbrogliata la teoria. — *Reviewer.*

(2) Archives Générales de Médecine, sett. 1866.

alcune strette ed allungate, altre larghe ed irregolari, ambe le sorta provvedute di ciglia vibratili ad una estremità.

La *braise de boulanger* (1), che è il carbone che risulta dalle fascine colle quali si riscaldano i forni, fu impiegata in Francia per filtrare l'acqua. Per disinfettare le *fosses d'aisances*, le fogne, ecc., si usò il solfato di ferro. In onta alle idee di Pettenkofer, si raccomandò l'ammoniaca come gas disinfettante. Ad ogni apertura di locale dove stanno cholerosi si dovrebbe porre dall'acido carbolico.

Sir Henry Cooper crede di prima importanza l'arrestare il periodo della diarrea cholerica cogli astringenti:

« È dovere dell'autorità, nei tempi di epidemia cholerica, di cercare e troncare *tutti* i casi di diarrea, instituendo all'uopo una polizia sanitaria per rintracciare la malattia, e curarla sui primi stadj ».

Si propose qual rimedio la fava del Calabar, ma tosto fu abbandonata, perchè causa di emorragia enterica, aggravando quindi il caso.

Il Dr. Morehead si oppone al dogma che « in India si dovrebbe seguire la regola di curare ogni choleroso in una tenda »; il caldo, secondo lui, il freddo, la siccità e l'umidità, come pure il buon nutrimento e la ventilazione, devono essere molto considerati, specialmente in un paese com'è l'India, così esteso, così variato e variabile di clima, di superficie, ecc.

Nell'opuscolo del Dr. Morehead sonvi altri punti che meritano attenzione.

Alcuni pratici attribuirono un certo vantaggio al clistere caldo nel cholera, mezzo d'altronde non nuovo. Il Dr. Menzies adoperò in India con qualche beneficio il ghiaccio in piccole proporzioni. (In qualche caso giovò anche qui in Inghilterra). Il Dr. M'Cloy di Liverpool raccomanda la cura con olio di ricino del Dr. Johnson, e condanna il ghiaccio lungo la spina quale « miserabilmente senza riuscita ». I risultati della cura con olio di ricino istituita per un certo tempo da

(1) Gazette des Hôpitaux, sett. 22, 1866. — Med. Times and Gazette, sett. 29, 1866.

alcuni giovani medici di Dublino furono sì fatali, che alcuni altri medici di ospedali pei cholerosi dichiararono che non riceverebbero più casi trattati in tal modo.

L' operetta di Sanson contiene alcune regole pratiche sulla disinfezione e sui materiali da adoperare. Egli riferisce il treno dei sintomi di cholera all' influenza di un « veleno reale, attuale » irritante il gran simpatico. Cerca di combatterne gli effetti col solfito di soda e coll'acido carbolico, dati internamente a dosi debitamente diluite. Questo autore dà troppa importanza alle condizioni anatomiche del sistema vascolare, del che non abbiamo prova alcuna; gli agenti indicati sono di un' azione troppo debole per la malattia della quale ci occupiamo ora. Meritano di essere ricordati molti consigli riguardo alla dieta, al nutrimento, ecc.

Il Professore Frankland in una sua relazione al Registrar-General, riferisce il risultato delle sue ricerche sulla natura delle evacuazioni choleriche. L' acqua può essere seriamente contaminata da materia cholerica, senza che l' analisi chimica la possa scoprire; l' acqua così contaminata non viene completamente privata della sua impurità nè per filtrazione nè attraversando uno strato di carbone animale. Resta ancora a determinare a quale speciale costituente delle dejezioni choleriche devesi la propagazione del morbo; è naturale che se la materia propagante è un germe o un organismo, dev' essere in sospensione e non in soluzione.

Sir Dominic Corrigan, senza negare il contagio nel cholera, ma notando la relativa non frequenza della diffusione del morbo nel 1848 e 49 nell'Ulster e Leinster, e il fatto che ogni città nel Connaught e quarantadue su quarantasette città nel Munster furono visitate dal morbo, argomenta che questi fatti stiano contro la teoria del contagio, poichè questi ultimi distretti sono remoti dalle vie principali del traffico. Però considerando che la maggior parte di quelli che vanno e vengono dalle città e dai distretti dell' Inghilterra per la mietitura, ecc., e con abitudini di vita che li dispongono non poco al morbo, abitano nel Connaught e nel Munster, ci pare che ciò favorisca più che altro la teoria del contagio.

Non sarà mai abbastanza impressa nella mente del pubblico,

la raccomandazione che fa questo autore, sull'importanza massima di migliorare per quanto è possibile la salute generale d'ogni individuo in tempo di cholera.

Da lungo tempo è noto alla medecina il Dr. Shapter di Exeter, come scrittore in argomento di cholera, specialmente per quanto riguarda Exeter. Egli spera molto nella pronta cura della diarrea che di solito precede la malattia, ed accenna al gran valore delle misure sanitarie. Ritiene la febbre censecutiva piuttosto un accidente che una parte necessaria della malattia, poichè spesso « i casi peggiori di collasso guariscono rapidamente e senza codesta febbre ». « Il collasso da altre cause, per esempio per azione prolungata del freddo, è spesso seguìto da una forma di febbre precisamente simile nella maggior parte dei caratteri ». Secondo la sua esperienza prescrisse l'oppio sul principio della malattia, e più innanzi il mercurio con o senza oppio. Nel collasso inoltrato o nella febbre consecutiva, l'oppio è immediatamente dannoso. Giovano però una dose o due di oppio se persistono la nausea o il vomito.

L'operetta del Dr. Cockle è un sunto importante delle principali teorie del cholera, e vi si scorge un'accurata erudizione in materia.

« Vediamo alcuni casi procedere bene con o senza soccorsi, perchè il cholera ha le sue forme *plus* e *minus*. Ma, faccia a faccia col morbo nella forma sua più grave, l'occhio testimonio della nota influenza delle scariche, spesso spaventose, ci lascia forse l'impressione che queste siano uno sforzo della natura verso la guarigione, o che abbiano in esse un carattere di salvezza? Ci dicono i pazienti, ad ogni emissione di fluido, ch'essi sentonsi meglio o che acquistano forze? Poichè la scarica eliminativa o critica ci deve dare questi risultati. Se così credono alcuni, l'occhio li inganna stranamente. In tale stato, comunque noi consideriamo il morbo, febbre o flusso, irritazione o veleno, comunque sia il modo di curarlo, calomelano per restaurare la bile, salini a moderare la congestione, oppio ed astringenti a reprimere, ci appigliamo pur sempre all'indicazione sintomatica, e crediamo, ciascuno sulla sua strada, di fare il meglio, frenando vomito e diarrea, come sintomi e pe-

ricolo del cholera epidemico (1). È questa pura rotina, o stabilita convinzione di ragionata esperienza? Se abbiamo torto, abbiamo almeno per consolarci l'esempio dei migliori; vedete il Dr. Graves medico di fama più che comune, oppure guardate più in là e cercate altre opinioni (2); dinnanzi a tali ammaestramenti ci vuole una completa evidenza per giustificare un opposto procedere; quando le teorie si urtano, sola guida deve essere l'esperienza dei migliori. Un ultimo argomento in favore del metodo astringente sta nelle condizioni della membrana epiteliare del condotto gastro-enterico; più larghe le scariche, e maggiore è la distruzione, e più lungo e difficile il ripararvi ».

La discussione sul cholera tenutasi all'Harveian Society of London, fu pubblicata. Contiene le opinioni in proposito dei diversi autori, ciò che per altro sarebbe difficilissimo di esporre in una rivista. Parecchi dei membri sostennero l'importanza di buone misure sanitarie. L'introduzione tenuta dal segretario

---

(1) A meno che non prevalga qualche singolare errore, il trattamento astringente (*arrestive*) dà i migliori risultati. Secondo Boudin, Traité de Géograph. et Statist. Médic., p. 366 (1857), la mortalità media sarebbe questa:

Trattamento	evacuante	71.7	per 100
»	stimolante	54	»
»	alterante	36	»
»	astringente	20	»

(Per una maggiore cognizione di codeste tavole vedasi l'opera originale).

(2) Ainsi, en général, plus les évacuations sont copieuses et prolongées, et plus le choléra est fatal. — Magendie, pag. 133.

C'est surtout à diminuer les évacuations qui doivent tendre les indications symptomatiques. Rien ne mène plus rapidement à la ruine des forces, rien ne hâte davantage le progrès des plus redoutables symptômes, que la fréquence des vomissements et des selles. Non-seulement alors toute médication, toute réparation, sont impossibles, mais il en résulte encore un épuisement général et une perte absolue de toute résistance vitale, par les déperditions et par la lassitude que causent les besoins sans cesse renaissants de ces déjéctions continuelles. Rapport de l'Academie Roy. de Paris, pag. 77.

della Società, il Dr. Drysdale, contiene uno schizzo dei tratti principali della malattia.

I professori Pettenkofer, Griesinger e Wunderlich, e il Dr. Macpherson convengono perfettamente che il cholera si propaghi per via delle acque sotterranee.

Il Dr. Klob, secondo informazioni da Vienna, « con un microscopio dell'ingrandimento di 800 a 1000, trovò nelle evacuazioni *di riso* milioni di funghi microscopici, di aspetto poco diverso delle forme comuni europee; ormai non c'è quasi più dubbio, ch'essi formino la base della terribile malattia, e che il cholera facilmente si propaghi per mezzo loro ».

Quasi a stampare una profonda impressione negli uomini dell'arte, della grande importanza di insistere sulle *forze* più attive a promuovere una medicina preventiva o di stato, si raccolgono relazioni ogni dì, le quali mostrano la gran necessità di misure tali che diminuiscano la crescente tendenza di morbi fatali. Così sappiamo che in alcune parti delle Indie orientali dominano ad un tempo, cholera, febbre gialla, vajuolo; a Napoli infierisce il vajuolo (1); a Jersey (2) e in altri siti più vicini a noi irruppe il cholera. Come avvenne l'anno scorso in altri luoghi, parecchi casi di Jersey ebbero origine nell'infermiere che assistette i due primi cholerosi; ne morirono non meno di dieci tra quelli che assistettero l'infermiere.

Quantunque la malattia sia stata prevalente presso St. Brieux in Bretagna, non si notò importazione alcuna in Jersey.

Il Dr. Chapman asserisce che il rimedio della diarrea e del cholera è il ghiaccio alla spina; egli ragiona sulla teoria che queste malattie dipendono da condizione vascolare del midollo spinale, quindi la facoltà del ghiaccio a moderare questa condizione. Ora noi domandiamo le prove di questa condizione del midollo spinale. L'Autore non tien calcolo dei cambiamenti del sangue, che avvengono in quei casi ch'egli asserisce influenzati dal ghiaccio alla spina. Non è nuovo del resto che il

(1) Lancet, 23 feb., 1867.
(2) Ivi.

freddo alla spina abbia un' influenza nell'iperemia del cordone spinale. Il Dr. Chapman avrà veduto, assai prima d'ora, che i risultati relativamente buoni dei casi classificati per cholera in Russia, non dipendono dal clima più freddo, come dice lui, ma dal principio che si segue là di classificare per cholera, casi di diarrea cholerica. Dopo aver vantata l'efficacia del suo metodo in quasi tutte le « malattie di cui va erede la carne » aggiunge: « io mi aspetto che i molti argomenti esposti in questa sezione riguardo al metodo curativo in questione, saranno generalmente accolti con scetticismo, e forse anche col ridicolo, ecc. ». Noi non possiamo ritenerlo come autore di quanto egli chiama « una legge generale nuovamente scoperta ».

Il Dr. Cockle non nega la contagiosità del cholera in certe condizioni, dubitando solo che ciò sia pel medium dei recenti *excreta*. Crede che il cholera sia il risultato di qualche speciale agente che modifica profondamente la funzione del tubo gastroenterico, irradiando rapidamente una influenza paralizzante sui maggiori ganglj nervosi connessi coi centri spino-simpatici, e sottraendo rapidamente dal circolo, in tanta depressione, una gran quantità dei costituenti del sangue, ecc.

Sommario. — L'importanza delle molte questioni nate per la ricorrenza del cholera, fu causa di molti pensieri, di molti scritti, di una Conferenza europea, e trasse in azione corpi scientifici e politici.

Come nelle precedenti epidemie, anche ora emerge l'importanza di togliere quelle condizioni che favoriscono la produzione e la diffusione del morbo, quanto l'arrestare le prime fasi della malattia, nelle quali l'esperienza d'oggi, come quella di altri tempi, ci insegna essere riposta tutta la speranza di guarigione.

L'intrepido coraggio della professione, lo zelo e la perseveranza di essa in faccia ai pericoli ed alle difficoltà, ci fruttarono moltissime cognizioni intorno alla malattia ed alle conseguenze di essa.

Tra queste ultime troviamo spesso manifestamente interessati i centri nervosi; non si sa però bene se questo disordine sia da attribuirsi alla malattia per sè stessa, od ai serii cam-

biamenti che avvengono nei costituenti del sangue, e loro perdita considerevole.

Nei sintomi concomitanti e consecutivi (eruzioni cutanee, ecc.), c'è molto per supporre che il cholera sia legato nella natura sua ai risultati di irritazione dello stomaco, del sistema nervoso per *ingesta* velenosi; e al tempo stesso pare possegga molta relazione con alcune malattie d'origine di malaria, come con quelle classificate negli esantemi.

Secondo l'opinione della International Sanitary Conference e di molti altri osservatori, i cessi non dovrebbero mai essere nell'interno delle case, nè queste in comunicazione colle fogne.

La Conferenza raccomanda il « sistema a secco » invece delle latrine ad acqua (water-closets).

Quasi tutti ammettono che le comunicazioni tra gli uomini siano i mezzi di diffusione del morbo.

Le cause predisponenti al morbo sono di due sorta: individuali e locali.

Al giorno d'oggi nessun popolo che viva in istato di alta civilizzazione, si può tenere immune dal cholera.

È dovere d'ogni paese di fare ogni sforzo per diminuire, e se è possibile, e più presto che può, togliere le fonti donde nasce o si diffonde la malattia.

Non è di poca importanza l'essersi manifestata in alcune parti degli Stati Uniti una forma di malattia, assai generalmente fatale in poche ore, accompagnata da disordine profondo dell'organismo, da collasso, e spesso con manifesti indizj sintomatici e postumi, di una malattia del cervello e del midollo spinale, con sintomi certe volte più o meno tetanici, senso di estremo freddo e vomito, in alcuni casi diarrea, numerose placche rosso-scuro di sangue effuso o appena sotto la cuticola, o nello spessore degli integumenti. Alcuni di questi casi presentano anche uno sfacelo di porzioni di integumenti o di altre parti. Questa forma di malattia si manifestò principalmente nei soggetti di giovane età ed anche più indietro, con molti punti di rassomiglianza col cholera. I sintomi cominciano spesso di notte o sulle prime ore del mattino e invadono d'un tratto. Apparentemente legata a certe località, alcune delle quali in grame condizioni igieniche, pare che questa malattia non abbia

fornite molte prove di contagiosità. Parecchi casi di tal natura si verificarono sul principio dello scorso anno. In alcuni si osservò una forma distinta di urticaria mista a vesciche (1) di discreto volume, con prurito intenso fino a far piangere il paziente.

Di natura a quanto pare cerebro-spinale, questa malattia ha una sufficiente analogia col cholera per averla dovuta accennare qui; lo studio di essa legato a quello dei diversi periodi del cholera e della febbre consecutiva di questo, promette di rischiarare ambedue le forme di malattia.

Oggi siamo inclinati a considerare le malattie da più vasti punti di vista, tenendo calcolo delle modificazioni indottevi dal clima, dalla razza, ecc. Anche il cholera merita di esere attentamente studiato a questo modo da osservatori diligenti, convinti dell'importanza del morbo, non solo come una delle piaghe più formidabili dell'umanità, ma anche perchè pare che lo studio di esso abbia a portar luce sull'azione morbosa di altre malattie.

De la Périostite**, etc.* — **Della periostite e della necrosi fosforica**; *del dott.* **HALTENHOFF GIORGIO.** *Zurigo*, 1866. — *Estratto del dott.* ***Cesare Fumagalli.

Questa malattia tutta particolare delle ossa della faccia venne ad accrescere il lugubre e già abbastanza vasto quadro nosologico soltanto dopo che si introdusse la fabbricazione dei zolfanelli fosforici, dei quali l'invenzione rimonta all'anno 1834. Non fu peraltro che nel 1845, che Lorinser e Heyfelder in Germania, e Strohl in Francia segnalarono i primi casi di siffatta malattia, la quale sviluppavasi negli operaj di queste fabbriche, accusandone fin d'allora siccome unica cagione l'influenza dei vapori fosforici. Nuove osservazioni soprayvenute, suscitarono

---

(1) Vedi Hebra, Diseases of the Skin, New Sydenham Society, 1866, vol. I, pag. 395.

questioni assai importanti, che la scienza trattò con vivissimo interesse.

A Bibra e Geist si attribuisce l'accertamento definitivo del rapporto causale tra questa malattia e le emanazioni fosforiche.

Per buona ventura la frequenza di questa malattia è andata scemando in grazia delle misure sanitarie, e dei perfezionamenti tecnici adottati all'uopo, non che delle cautele adoperate dagli stessi operaj, edotti del pericolo cui vanno incontro.

L' opinione in oggi più favoreggiata ammette una influenza locale e diretta dei gas del fosforo sugli organi del cavo orale e segnatamente sul periostio delle mascelle. Le molecole gasose formate essenzialmente dagli ossidi del fosforo si sciolgono nella saliva, e provocando una irritazione, di solito insensibile ma prolungata, suscitano alla lunga un' infiammazione ed un rammollimento delle gengive, soprattutto intorno al collo dei denti. Il tessuto fibroso gengivale così rammollito s' imbeve di saliva; la flogosi propagasi allora al periostio degli alveoli e del margine alveolare. Gli è a questo periodo della malattia, che si manifestano i fenomeni morbosi più gravi, ed è d' allora che i pazienti sogliono datare il principio del loro male. Son le gengive, come sostiene Trélat nella sua dotta tesi di concorso pubblicata a Parigi nel 1857 (« De la nécrose causée par le phosphore »), che hanno una disposizione a subire la speciale influenza dei vapori fosforici, e non già questi che esercitino un' azione elettiva sulle medesime.

Il tempo, durato dagli operaj in quelle fabbriche senza che contraggano siffatta malattia chimica, varia assaissimo. Secondo le nostre osservazioni, il periodo minimo fu di 8 mesi, il massimo di 17 anni. Queste cifre per altro, siccome osserva saggiamente il prof. Billroth, non hanno alcuna importanza per l' eziologia della periostite, attesa la incostanza e la diversità delle condizioni igieniche in cui vivono gli operaj.

Il sesso e l' età non ispiegano del pari alcuna speciale influenza, nè ci permettono di trarne illazione di sorta, tanto più che in certi paesi, com' è noto, vengono nella fabbricazione dei fiammiferi di preferenza occupate le donne, ed in altri invece gli uomini.

Più che il sesso e l'età, meritano tutta la gravità della no-

stra attenzione le malattie precedenti e le disposizioni individuali, cioè l' abito scrofoloso, la tubercolósi e soprattutto le affezioni del sistema osseo, così pur troppo frequenti fra il basso popolo, e nella prima età della vita.

Dalle tavole statistiche risulta ad evidenza, che questa malattia suole attaccare la mascella inferiore più spesso che la superiore; rarissimo è il caso, che ne vadano simultaneamente affette ambedue. La saliva si raccoglie e soggiorna pel proprio peso maggiormente sulla mandibola inferiore, la quale rimane perciò più esposta all' azione delle sostanze chimiche senza dubbio diffuse nella saliva stessa.

Il fenomeno, che più colpisce l' anatomo-patologo in codesta malattia, si è la produzione di strati osteofitici sulla superficie dell' osso, la quale suole principalmente preferire la mascella inferiore. Dopo i lavori moderni sull' anatomia patologica del sistema osseo, che posero in evidenza la virtù osteoplastica dei tessuti fibrosi, gli osteofiti della necrosi fosforica perdettero il prestigio della sorpresa. Gli è quindi inutile il ricorrere a teorie più o meno speciose e sottili per ispiegare questo fatto. Ma ciò che davvero ci sorprende, si è il manifestarsi tardivo della necrosi, e nei casi di necrosi parziale, l' apparire assai tardi del limite di demarcazione tra la porzione d' osso mortificato e quella rimasta sana. La necrosi non è, a parer nostro, che una conseguenza remota dell' azione dei vapori fosforici; il carattere patologico della malattia in discorso si è veramente la periostite.

Gli osteofiti subiscono, nel corso ulteriore del male, ad un dipresso le stesse influenze patologiche come l' osso.

Quando il periostio, per affievolimento di tutte le forze del paziente ha perduto la sua facoltà plastica, non si incontra all' atto dell' operazione o in caso di morte, all' autossia del cadavere, che appena qualche traccia di riparazione dell' osso.

La periostite fosforica può diffondersi ad altre ossa del cranio che non limitano le cavità della bocca; alle ossa zigomatiche; alle palatine; al vomere; al temporale; all' etmoide ed anche all' occipitale. Ma questo divampare della malattia non avviene che per ragione di continuità o di vicinanza, nè dipende che indirettamente dalla causa prima. La periostite incomincia soltanto dalle ossa mascellari.

I primi sintomi che l' individuo avverte sono d' ordinario l'odontalgia periodica, la flussione. Per consueto egli si fa estrarre dei denti guasti, che crede causa de' suoi dolori, e continua ad attendere al suo pernicioso mestiere. In capo a qualche tempo sviluppasi un ascesso alle gengive, o nel tessuto cellulare sotto-cutaneo della guancia, oppure in grembo agli alveoli dei denti perduti; formansi delle fistole; la salivazione aumenta; l' alito e le marcie assumono un odore putrido; il pus appare ora giallo e denso, ora commisto a sangue, sieroso, grumoso. I denti talvolta ancor sani, si dissodano e rendonsi vacillanti (*periostite alveolare, alterazione del cemento*); poco a poco il margine alveolare si denuda per la distruzione e il retrarsi delle gengive, il che scorgesi più pronunciato alla mascella superiore. Fin dal 2.° o 3.° mese, nell' esplorare i seni fistolosi, mercè la tenta, sentesi denudato l' osso, la cui superficie liscia dapprima, divien poscia di sovente rugosa per la carie consecutiva. L' esame della mascella dalla parte della bocca, spesse fiate malagevole per la tumefazione dei tessuti, ci rivela un ingrossamento più o meno considerevole della medesima.

La successione cronologica di questi differenti fenomeni morbosi non è regolare. Nei primi mesi ponno avverarsi delle remissioni. Una volta entrato che sia il male nella fase dell' osteite e della necrosi, la denudazione dell' osso si accresce; le gengive divengono fungose, talvolta ulcerate; ricorrenti ascessi danno luogo a nuove fistole; i denti sani o guasti ponno cadere spontaneamente. Se formasi il sequestro, l' osso denudato sembra sollevarsi verso la cavità della bocca; alla fine rendesi mobile, se la necrosi si è perfettamente circoscritta.

Nei casi ordinarj, non suole insorgere la febbre; ma nei pazienti di fibra delicata, una febbricciattola vespertina segue il progredir del male, e qualche volta veste eziandio il carattere etico. Provansi dolori quando continui, e quando intermittenti; talvolta lievi, tal' altra sì fieri da togliere il sonno al povero infermo, che non ottiene calma o tregua nemmeno dall' oppio e dagli altri rimedj narcotici.

Se la digestione non fu turbata, prima dello sviluppo della malattia delle ossa, dall' azione sola dei vapori fosforici, dessa si altera ben di spesso per effetto delle marcie che si mescolano

in un cogli alimenti o che son deglutite insieme alla saliva durante il sonno. Inappetenza, nausea, diarrea, o, per contro, stitichezza, ne sono le tristi conseguenze. Essendo resa impossibile la masticazione, l'ammalato vedesi pur ridotto a non potersi alimentare che di cibi liquidi e vivande tritate. La tempra più gagliarda non può a meno di assottigliarsi coll' andar del tempo sino al marasmo. Gli è allora, che l'aspetto di questi infelici risponde fedelmente al lugubre quadro che ne tracciano gli Autori. Ma ella è una buona ventura che al chirurgo sia dato quasi sempre di demolire il corpo nocivo e sottrarre le povere vittime di così esiziale mestiere al triste ultimo fine.

In quelli che soccombono al progredir del male, si scopre talvolta, sparandone il cadavere, una degenerazione lardacea (chiamata amiloide da Virchow) dei visceri addominali, o vi si trovano i segni d'una nefrite, come in altre affezioni croniche e suppurative.

Oltre che dalla tisi e da queste profonde alterazioni viscerali, la morte può essere prodotta dalla necrosi della base del cranio, dal semplice marasmo, da risipola od altra malattia intercorrente, di rado da emorragia.

Si danno però dei casi, nei quali la salute generale si mantiene piuttosto buona, o ne soffre in grado assai lieve, in onta ad un'estensione rilevante del guasto locale; ma questi casi voglionsi considerare siccome vere e rarissime eccezioni.

Dagli esperimenti di avvelenamento fosforico intrapresi da Bibra sui conigli, pareva risultare che l'azione prolungata dei vapori fosforici potesse favorire lo sviluppo di tubercoli nei polmoni o almeno provocare una specie di polmonia cronica con degenerazione caseiforme del prodotto flogistico. Ravvicinando a questo risultamento le osservazioni di gravi bronchiti, acute e croniche, fatte da Gendrin sugli operai di fabbriche di zolfanelli, e la frequenza relativa delle complicazioni tubercolari nelle malattie del sistema osseo, saremmo tentati di presumere, per la necrosi fosforica una disposizione particolare alla tubercolósi. Ma la cosa non è così, come dimostrò benissimo il già citato dott. Trélat. Non v'ha dunque un nesso speciale fra le due malattie, come affermasi da taluni.

La periostite fosforica tiene un decorso cronico e non termina che lentissimamente colla necrosi e coll' eliminazione dei sequestri.

La diagnosi non riesce punto difficile, ed è assolutamente impossibile cadere in abbaglio; essa si appoggia alla cognizione dei sintomi e della causa occasionale.

Secondo il già citato dott. Trélat, pressochè la metà degli ammalati soccombe al male chimico. Tale si era infatti il risultamento statistico fornito dalle prime osservazioni. Laonde la necrosi fosforica veniva collocata nello stesso rango di gravezza delle malattie epidemiche più micidiali. Se non che noi andiam ben lieti di poterci chiamare più fortunati dei nostri predecessori. E per fermo di 24 ammalati, accolti nell'Ospedale Cantonale di Zurigo, non se ne contarono che 4 morti. Due di essi soccombettero per tisi tubercolare; un terzo cessò per grave risipola, essendo già affetto da malattia di Bright, la quale da sola avrebbe bastato a portarlo al sepolcro; e solamente nell' ultimo caso i progressi della necrosi verso le ossa del cranio furono cagione di una meningo-encefalite, naturalmente mortale. Escludendone altri due, l' uno non peranco guarito e l'altro in cui il male non si è ancora arrestato, si ha la ragguardevole cifra di 18 guariti.

Siffatto avventuroso risultamento non ad altro di certo è dovuto che all'adottamento di provvide misure igieniche. Queste saggie misure, se non riescono bastevoli ad impedire lo sviluppo e la recidiva di sì fiero malore, valsero però, senza dubbio, a diminuirne la frequenza dei casi e a renderli meno pericolosi. Ma non si può a meno di attribuire questi risultamenti felici in gran parte eziandio ad una cura razionale, solerte ed energica a un tempo.

La profilassi contro la necrosi fosforica comprende un assieme di questioni tecniche ed igieniche, sulle quali a noi non è dato soffermarci, rimandando il lettore ai lavori affatto proprj di questo rilevante tema, ed in ispecie agli studj di Tardieu inserti negli « Annali di Igiene e di medicina legale », tom. VI, luglio 1856.

Egli sembra che nell' ioduro potassico adoperato per uso esterno ed interno siasi scoperto un rimedio abortivo della ne-

crosi fosforica. La sua proprietà solvente e riassorbente spiega un salutare effetto; ma è d'uopo amministrarlo ad alte dosi e con molta perseveranza. Del resto un'alimentazione tonica e di facile digestione, sotto una forma che non richiegga nè masticazione nè molta saliva (uova, latte, zuppe, carne triturata, caffè, vino generoso) ajuterà l'organismo a meglio sopportare le influenze debilitanti del male. I bagni, le passeggiate all'aria libera, o almeno il respirare un aere vivido e fresco, eserciteranno un'efficacia tanto più salutare quanto gli infermi ne andavano più o meno completamente privi durante il lavoro nelle fabbriche. Se lo stato del male e le circostanze individuali lo assentono, si mandino questi pazienti per qualche tempo a bearsi del soffio animatore de'liberi campi; imperocchè l'ospedale, ancorchè versi nelle migliori condizioni igieniche, è pur sempre un ospedale, e l'atmosfera vi sarà sempre impregnata di nocive esalazioni.

I diversi preparati di ferro, di china; le sostanze amare e stomatiche valgono a combattere l'anemia, la febbre etica, e le saburre così frequenti in siffatta malattia: giova però l'avvertire, che l'olio di fegato di merluzzo non viene che assai difficilmente tollerato dagli stomachi illanguiditi di siffatti infermi.

I dolori continuati ed atroci vogliono esser calmati dalla morfina, amministrata internamente, od anche per injezione ipodermica nel luogo, dov'essi si svegliano. Gli unguenti coll'oppio o col cloroformio, i cataplasmi emollienti valgono ad assopire i dolori meno acerbi. I frequenti gargarismi di acqua clorurata o di una soluzione di clorato di potassa sono indispensabili a pulire e rinfrescare la bocca e a togliere la puzza delle marcie: al qual uopo gioverà ancor meglio una soluzione leggera d'ipermanganato di soda. Anche l'acido fenico, non ha guari introdotto nella pratica chirurgica, debitamente diluito nell'acqua, riesce un eccellente rimedio disinfettante e vale altresì a moderare alquanto la suppurazione.

Intorno alla cura operativa di siffatta malattia, due opposte opinioni disgiungono tuttora i chirurghi. Gli uni raccomandano il metodo aspettativo, quello cioè di attendere tranquillamente la demarcazione della necrosi. Una volta poi fattosi mobile il sequestro, si accontentano di agevolarne l'estrazione col rom-

perlo in pezzi o collo sbrigliarlo dalle aderenze che per avventura tenesse colle parti vicine. Questi erano i principj curativi di Lorinser, sostenuti poi anche da Trélat. Altri per contro, come Langenbeck, Maisonneuve, Blandin, Pitha e Billroth avvisano dovere il chirurgo spesse volte operare durante il decorso naturale della necrosi. Gli è certo che talvolta il metodo aspettativo è permesso ed anzi reclamato dalla condizione della malattia, massime poi quand'essa è lieve. Ma questi casi non formano la regola, bensì l'eccezione. Nel corso della necrosi fosforica, il chirurgo può ricorrere ad un'operazione, sia per salvare i giorni del paziente, sia anche per agevolargli una rigenerazione dell'osso, possibilmente atta a compiere le funzioni fisiologiche che gli incombono.

Quando il chirurgo, in onta alle sue cure, vede progredire senza posa il male e con esso assottigliarsi sempre più le forze dell'infermo, non gli è lecito starsene più oltre colle mani alla cintola. Questo suo procedere, questo suo indugiare, sarebbe uno spingere oltre i limiti la logica dei principj.

L'estrazione della porzione d'osso necrosato, intrapresa ad un'epoca ben prescelta, non è susseguita da gravi inconvenienti (1). Egli è ammissibile *a priori*, che la resezione della por-

---

(1) Il cav. Gherini comunicò all'Accademia Fisio-medico-statistica nella seduta del 4 gennajo 1855, un cenno storico di un caso di necrosi delle ossa mascellari cagionata da vapori fosforici, che gli occorse nell'ospedale; e presentò all'assemblea il pezzo necrosato che con lievissimi sforzi e poco dolore del paziente riuscì ad estrarre. Questo pezzo risulta di pressochè tutta l'arcata alveolare, cioè dal 3.° dente molare sinistro al quarto destro, di quasi tutto il palato e di porzione dell'apofisi ascendente dell'osso mascellare superiore destro.

Ecco in succinto la storia narrata dal dott. Gherini, che trovasi inserta nel Diario e negli Atti della prefata Accademia.

Un tal Barbetta Giovanni, d'anni 31, lavorante in una fabbrica di zolfanelli fosforici di questa città, presentossi la mattina del 26 febbrajo 1854 alla visita chirurgica del dott. Gherini nell'Ospedale Maggiore, onde chiedere un sollievo al suo male. Narrava, che già da 5 anni attendeva appunto alla confezione della pasta fosforica. Soggiungeva egli inoltre, che in primavera dell'anno antecedente fu travagliato da fiero dolore

zione dell'osso primitivamente affetto, praticata abbastanza in tempo utile e che giunga sino alla porzione sana, può impedire i progressi della necrosi.

L'istromento più adatto per segar l'osso, si è fuor di dubbio, la sega a catena.

Ogni volta che sia possibile, si prescelga estrarre i sequestri per la via della bocca, senza taglio esterno. Nei casi, nei quali la necrosi dapprima parziale, assuma un carattere progressivo, si può ripetere una o più volte codesta operazione, conforme lo stato delle parti e le speciali indicazioni; ad essa non suole tener dietro una gagliarda reazione.

---

al primo dente molare destro-superiore, che si fece estrarre anche perchè cariato; che in seguito là dove esisteva il dente, formossi una fistola; che da quell'epoca in poi andò sempre molestato da dolori alle ossa mascellari superiori in onta all'uso di svariati rimedj; e infine che i denti incisivi, i canini ed alcuni molari fattisi vacillanti, caddero spontaneamente o gli vennero levati.

Le ossa mascellari apparivano necrosate, mobilissime; tumide, lividastre, le gengive gemevano fetentissima marcia. Allora tentata qualche lieve trazione, riuscì facile al dott. Gherini l'estrarre una gran porzione di dette ossa necrosate.

Insignificante fu la perdita di sangue, susseguita a questa operazione; imperocchè bentosto s'arrestò con un gargarismo d'acqua fredda acidulata. Ed infatti il paziente dopo brevi istanti ritornò a casa sua. Solo per appagare il desiderio espressogli dal dott. Gherini, portossi di nuovo all'Ospedale il giorno 28, e prese stanza nella sala da lui in allora diretta. In quell'operato non apparivano che i disturbi inerenti alla perdita del palato osseo, cioè voce nasale, rigurgito di cibi e specialmente di bevande per la via del naso; se non che ben lieto di essersi liberato dal fetore delle marcie, dalla gonfiezza e dalla penosissima sensazione di mobilità delle ossa necrosate, lasciava la sala il giorno 5 del successivo marzo, confortato altresì dall'idea dei vantaggi che avrebbe ottenuto mediante l'applicazione di un palato artificiale.

Il dott. Gherini, riveduto sul principio d'aprile e più tardi ancora il suo operato, ne avverò appieno la perfetta guarigione. Costui, giova soggiungere, aveva abbandonato quel pericoloso mestiere, ch'egli un giorno non prevedeva dovesse riescirgli indomita cagione di sì grave malore. F.

Rapporto della Commissione incaricata di studiare il piano organico dei Manicomj provinciali, per deliberazione del Consiglio Provinciale di Milano, presentato alla onorevole Deputazione ed al Consiglio Provinciale nella sessione ordinaria del 1867.

La Commissione incaricata di esaminare la « Proposta di Piano organico generale della gestione pel mantenimento dei mentecatti a carico della Provincia di Milano », elaborata dal Direttore cav. Cesare Castiglioni, e di riferire sulla medesima, si fa ora un dovere di esporre all'Onor. Deputazione ed al Consiglio Provinciale il risultato de' suoi lavori e de' suoi studii, e i motivi che la guidarono ad esso.

Nel compiere il suo mandato, per quanto delicato e difficile, la Commissione, procedendo sulle orme predisposte dal Direttore Castiglioni, interpretando le leggi che reggono il nostro paese, gli antecedenti già stabiliti dal Consiglio e dalla Deputazione, i bisogni della presente civiltà, e gli esempi dati da altre illustre nazioni, non ebbe ad incontrare ostacoli insuperabili, o problemi troppo ardui a risolvere. Essa aveva sotto gli occhi l'elaborato del Direttore Castiglioni, opera per sè assai pregevole, il cui merito intrinseco era già stato riconosciuto dal Consiglio Sanitario Provinciale, e da una Commissione eletta d'urgenza al principio della Sessione autunnale 1866 e composta dei medici appartenenti al Consiglio Provinciale d'allora, i signori dottori Pogliaghi, Todeschini, Strambio e Romolo Griffini. Tale Commissione ebbe anzi il vantaggio di proporre e di far accettare al cav. Direttore Cesare Castiglioni alcune modificazioni al suo progetto, le quali riguardando in massima parte le questioni sanitarie e scientifiche, ben poco lasciarono ad innovare sotto questo rapporto. A tal che il còmpito della Commissione riferente venne ad essere di molto ristretto ed agevolato.

La proposta del Direttore Castiglioni, informata alle idee svolte dall'Autore in una sua Memoria presentata all'Istituto Lombardo sui Manicomii Provinciali del Regno d'Italia, e nel progetto di Regolamento del Manicomio succursale di Mombello,

è appoggiata ad una larga motivazione, la quale dimostra l'ingegno distinto, le vaste cognizioni in argomento e lo spirito d'ordine e di disciplina, che sono le doti principali di quell'insigne alienista. A giusta ragione potè egli dichiarare di « aver mirato al bene di tanti infelici, segnando senza prevenzioni la via del progresso, e curando che ne venisse onore al paese ».

Nell'applicare i proprii concetti, concretandoli in altrettanti articoli di Regolamento, il Direttore Castiglioni suddivise la sua proposta in varii Capitoli, che ebbero da lui ad ora ad ora la denominazione di *Statuto Organico* pei Manicomii Provinciali; di *Regolamenti* parziali; di *Organizzazione* del Personale Sanitario e di servizio superiore, colle *Norme* per il detto Personale; di *Norme* per il Personale di servizio inferiore.

La Commissione si propose di fondere tutta la parte Statuaria e Regolamentare in un solo complesso, riassumendo anche i principii generali che guidarono alla formazione della *Pianta morale* dei due Stabilimenti, e i cardini più eminenti delle norme disciplinari, per costituirne ciò che essa venne a chiamare il *Regolamento Organico dei Manicomi Provinciali.* Di tal modo fu tolto il campo a molte ripetizioni; si designarono le linee generali che abbracciar debbono la sfera d'azione dei Manicomii; gli obblighi della Provincia; le facoltà del Consiglio e della Deputazione Provinciale; gli attributi della Direzione e degli Ufficii dipendenti; i diritti e doveri degli impiegati. Così venne pure lasciato sgombro il terreno a tutta quella serie di istruzioni interne, che verranno emanate in appresso, sia dalla Deputazione Provinciale, sia dalla Direzione colla approvazione della Deputazione, per sistemare i dettagli della Amministrazione, la Contabilità, la tenuta dei Registri, i doveri del Personale di basso servizio, e va dicendo.

Del resto la Commissione, anche procedendo in via di concentrazione, e tenendosi maggiormente sulle generali, ha seguito a un dipresso la distribuzione adottata dal Direttore Castiglioni ed ha ripartito il suo Regolamento nei seguenti capi:

Manicomii Provinciali, loro scopo, posizione, amministrazione;

Mentecatti, loro categorie, accettazione, dimissione, decessi;

Proventi e spese;

Personale dei Manicomii, Concorsi e nomine;
Vacanze;
Pensioni;
Direttore;
Segretario;
Medici-chirurghi;
Economi;
Aggiunto Economo;
Protocollista-Archivista-Scrittore;
Scrittori-Contabili;
Scrittori;
Cappellani;
Personale di servizio inferiore;
Disposizioni generali e transitorie.

Nel sostituire un nuovo progetto di Regolamento al piano già formulato dal Direttore Castiglioni, la Commissione è ben lontana dal metterlo in disparte e dal presumere di fare opera totalmente nuova. Il Direttore Castiglioni si accinse alla impresa senza istruzioni speciali da parte della Deputazione Provinciale; mossane richiesta, fu invitato a dar compimento al lavoro, unicamente colla scôrta de' suoi talenti, della sua esperienza e del desiderio del pubblico bene. Non è meraviglia adunque che la Commissione, maggiormente istrutta delle intenzioni della Deputazione Provinciale, della necessità di una amministrazione di questa natura, della interpretazione che è forza dare alla Legge, trovasse di apportare in alcuni punti delle mutazioni radicali, in altri delle modificazioni o delle soppressioni di qualche entità. La proposta del Direttore Castiglioni rimane qual' è, coi suoi pregi e colle sue qualità intrinseche, come termine di confronto e come documento di molto valore.

Venendo ora ai particolari, la Commissione, seguendo l' ordine stabilito, additerà le ragioni che la indussero alle accennate mutazioni, almeno alle più importanti fra esse, lasciando che dalla comparazione dei due progetti scaturisca per sè stessa la convenienza e la opportunità delle nuove formule adottate.

Per quanto la Commissione, a proposito del Manicomio la Senavra, divida il giudizio del Direttore Castiglioni sulle pessime

sue qualità e le sue speranze circa la edificazione di un nuovo Manicomio principale, non credette tuttavia di potersi dipartire dal fatto presente e di stigmatizzare in un Regolamento Organico uno Stabilimento, che è pur forza di usufruttuare per una serie d' anni indeterminata. Non è qui il luogo di addentrarsi nelle cause che impedirono di dar corso alla deliberazione Consigliare del 1862 sulla costruzione del Manicomio di Desio. La incertezza della legislazione circa la competenza dello Stato, del Dominio o della Provincia nelle spese dei Mentecatti prima del 1866; le nuove gravezze toccate alla Provincia; l' orrore dei prestiti che la Commissione le augura di coltivare per un pezzo; erogazioni d' altra natura e non meno utili al paese, porsero ostacolo alla stanziata edificazione del Manicomio di Desio. Tuttavia in questo lungo intervallo la Provincia di Milano ha pur pensato a qualche cosa a favore dei Mentecatti, e il Manicomio succursale di Mombello è là per attestarlo. Ognuno può ammirare in esso uno Stabilimento modello, che fa onore non solo alla Provincia, ma al distinto funzionario che ne propose l'acquisto, che ne ideò e ne compì l' organizzazione in un tempo assai circoscritto, e che ora pone l' ultima mano alla sua destinazione per 300 ricoverati.

Mombello però non deve far dimenticare il Manicomio principale, ove appunto stanziano i più infelici fra gli infelici per eccellenza, coloro che maggiormente abbisognano di perfetta assistenza, di ottima località, di aere salubre. Senza pregiudicare la questione, se debba, o meno, effettuarsi integralmente la deliberazione Consigliare del 1862, la Commissione ama qui di ripetere che la Senavra vuol essere abbandonata, e che soltanto *per ora* essa funziona da Manicomio provinciale. — Relativamente al Manicomio di Mombello, ed al suo modo speciale di funzionare, la Commissione ha ammesso l' ordine stabilito dal Direttore Castiglioni. La Casa di Mombello non è destinata ad accogliere che i Mentecatti che vi si fanno tradurre dal Manicomio principale, per essere specialmente dedicati al lavoro dei campi.

La superiore amministrazione e vigilanza dei Manicomii Provinciali spettando per legge alla Deputazione Provinciale, la Commissione ha creduto di *sopprimere il Consiglio di vigilanza*

e d'amministrazione superiore immaginato dal Direttore Castiglioni come intermediario fra la Direzione Medica e la Deputazione Provinciale. Con ciò essa intese di semplificare la gestione dei Manicomii; di togliere di mezzo una superfetazione, una ruota che avrebbe potuto renderla intralciata e sconnessa; di antivenire conflitti d'influenza e di poteri. La Deputazione, quale Autorità amministratrice della Provincia, considerata come corpo morale, possiede per l'organizzazione propria e degli ufficii da essa dipendenti, tutte le qualità richieste per attendere alla amministrazione dei Manicomii Provinciali. Al che si lusinga di avere bastantemente provvisto la Commissione, rimovendo ogni ostacolo, ogni restrizione, che per avventura potesse offendere le ampie facoltà spettanti alla Deputazione. La Direzione è l'organo principale della Deputazione Provinciale per la gestione interna dei Manicomii, e ne ha la rappresentanza relativa, la relativa responsabilità. Resta sempre che la Deputazione non può spogliarsi delle sue attribuzioni, ch'essa è direttamente responsabile verso il Consiglio Provinciale, il Governo ed il Paese, della buona gestione e tenuta degli Istituti Provinciali.

Menzionando partitamente i Manicomii Provinciali, il loro scopo e la loro posizione, la Commissione lasciò di accennare ad un altro modo di collocamento dei Mentecatti, indicato nella proposta Castiglioni, ossia al loro mantenimento anche fuori del recinto dei Manicomii. La Commissione non osa pronunziarsi intorno al sistema del collocamento dei pazzi presso privati allevatori, e non vuol consacrare nè riprovare così di passaggio un principio fecondo di tante conseguenze morali ed economiche e che richiederebbe nel Regolamento un apposito sviluppo. Essa lascia intatta la questione, che potrà riprodursi in altra occasione, quando il tempo e più maturi studii l'avranno risolta rispettivamente alle condizioni della Provincia, e si limita a redigere il Regolamento dei Manicomii e pei Manicomii.

Il capo che riguarda l'accettazione e la dimissione dei Mentecatti fu completamente rimaneggiato dalla Commissione. — Essa determinò che a carico della Provincia abbiano ad accettarsi *i soli Mentecatti poveri suscettibili di cura, o bisognosi di custodia perchè pericolosi a sè ed agli altri;* intendendo

di escludere con ciò la schiera molteplice dei Mentecatti incurabili ed inoffensivi, che indebitamente verrebbero a cadere ad aggravio dell' Erario Provinciale, quali, a mò d'esempio, i cretinosi e gli idioti tranquilli, i cronici dementi in conseguenza d'altre malattie o di senilità, i paralitici, gli apoplettici, e via discorrendo. Servendosi dalla antica formula « pericolosi a sè ed agli altri » la Commissione intese comprendervi anche quei Mentecatti che sono di pericolo alla moralità, alla sicurezza ed all' ordine pubblico.

Riconosciuta la opportunità di ammettere nei Manicomii Provinciali Mentecatti a spese dell' Erario Militare, delle Autorità Giudiziarie e dei Corpi morali, la Commissione ridusse ad una sola le tre classi di paganti a carico proprio o delle famiglie, proposte dal dottor Castiglioni. La pensione dei Mentecatti solventi deve corrispondere alla *retta* o risultante generale delle spese sostenute dallo stabilimento per ogni ricoverato, e il loro trattamento essere per conseguenza eguale a quello di tutti gli altri confratelli di sventura. Si riservò alla Deputazione Provinciale, sopra proposta della Direzione, o dietro istanza delle parti interessate, la facoltà di accordare in casi speciali una diminuzione della pensione giornaliera pei solventi. Di tal modo anche le più mediocri fortune potranno trovare un comodo asilo, senza frodare la Provincia di un equo compenso, e senza sottostare a gravi sacrifici per sè e per le loro famiglie. — Quanto agli agiati ed ai ricchi, è sempre aperto ad essi il ricorso ai Manicomii privati, di cui abbonda la città nostra. La Commissione avvisò che la disparità di trattamento, oltre all'essere molesta in un vasto istituto, non lascierebbe un margine sufficiente di guadagno per giustificare la concorrenza ai Manicomii privati, e volle riservato ai poveri lo spazio già per essi disadatto e insufficiente. Che se alcuno volesse osservare essersi così ristretto il campo allo studio degli alienisti, la Commissione risponderà coll'esperienza, che di persone educate o prestanti un tempo per altezza di posizione e per fortuna, non difettano pur troppo i pubblici Manicomii, ove hanno ricetto buon numero di infelici non nati nè cresciuti nella miseria, ma piombati improvvisamente nella privazione di ogni bene materiale, antecedentemente o per conseguenza stessa della perdita della ragione.

Lontana da ogni idea di grettezza e di egoismo provinciale, la vostra Commissione pose il principio che i Mentecatti d'altre Provincie non sieno da accogliere nei Manicomi milanesi; che ricevuti d'urgenza o per necessità di dimora temporanea, abbiano ad essere sollecitamente restituiti alla Provincia cui appartengono; che finalmente, nei casi di non trasportabilità, abbiasi a conteggiare la pensione a carico di detta Provincia, a meno che, dietro particolari convenzioni, non siasi pattuita la reciprocità. A cui sembrassero troppo ristretti tali concetti, la Commissione si permette d'osservare che da lungo tempo suolsi abusare per ogni verso della beneficenza milanese, e soprattutto del Brefotrofio, della Maternità e dei Manicomii, e che conviene oramai porre un termine ad una larghezza troppo onerosa alla nostra Provincia. La Commissione avrebbe desiderato inoltre determinare colla precisione e colla chiarezza opportune in simili argomenti l'appartenenza alla Provincia di Milano dei Mentecatti che debbono accogliersi nei Manicomii provinciali; ma sapendo come la nostra Deputazione Provinciale, seguendo l'invito di quella di Bologna, abbia aperto trattative in proposito col maggior numero delle Provincie sulla base della stabile dimora, credè che nulla di meglio le restasse a fare, dello inscrivere tale principio nel Regolamento, affidando alla saggezza della stessa Deputazione il fissare i criteri della stabilità di dimora. Quanto alle Provincie che ricusassero le trattative, parve conveniente attenersi al principio della parità di trattamento. Per gli stranieri, la Commissione dispose che non vengano per massima generale accettati, se non se presentati ai Manicomii provinciali d'ordine delle Autorità di Pubblica Sicurezza, e salvo il diritto di rifusione a carico di chi di ragione. Ognuno vede quanto queste precauzioni siano necessarie in una materia oltremodo scabrosa, che può dar luogo a trattazioni, a reclami ed a vertenze internazionali.

La Commissione ha definito con diligenza e semplicità a chi competa il diritto di istanza pel ricovero di un Mentecatto; da quali documenti debba essere corredata la istanza; come debba contenersi in proposito la Direzione. Salvo i casi d'urgenza, la Commissione prescrisse che per l'ammissione al Manicomio debba sempre richiedersi una esplicita dichiarazione della Au-

torità di Pubblica Sicurezza, e dove questa non esista in Comune, del Sindaco, nella sua veste d'ufficiale del Governo. In tutti gli atti di accettazione e di dimissione dei Mentecatti, la Commissione tenne sempre fisso lo sguardo al rispetto ed alla protezione della libertà individuale; e sancì nel Regolamento quelle massime che non potranno a meno di venir consacrate dalla Legge generale dello Stato sugli alienati, legge che ancor si aspetta, e che sull'esempio di altre nazioni civili vorrà essere sancita dal nostro Parlamento. — Il diritto di libertà individuale rivive nel Mentecatto subito che venga dichiarato guarito e dimissibile; epperò la Commissione tolse ogni ostacolo al suo pronto licenziamento, sorvolando agli indugi frapposti alla riconsegna da parte dei terzi, con quelle cautele che la Direzione crederà di adottare, datone avviso in ogni caso alla Autorità locale di Pubblica Sicurezza.

La Commissione non ha creduto di poter accollare ai Comuni la spesa di trasporto a domicilio dei Mentecatti dimessi guariti e non ritirati dalle loro famiglie, appoggiandosi alla legge che attribuisce alle Provincie l'obbligo del mantenimento dei Mentecatti con tutte le sue conseguenze. Per la stessa ragione ritenne che la Direzione dei Manicomii Provinciali non possa rifiutarsi di accettarvi i Mentecatti, debitamente qualificati pel ricovero. Se per avventura nei Manicomii Provinciali mancassero delle piazze disponibili, i Mentecatti potranno sempre trovare temporaneamente un asilo presso l'Ospedale Maggiore di Milano. A tal uopo sono già intervenuti degli accordi fra la Deputazione Provinciale, la R. Prefettura e il Consiglio degli Istituti Ospitalieri. Conviene ritenere che, disponendo la Provincia di più di 800 piazze ripartite fra i due Manicomii, possa coi soli suoi mezzi sopperire a tutti i bisogni. In ogni modo la Commissione ha trovato di prescrivere che nella ammissione dei Mentecatti al Manicomio centrale, sia data generalmente la preferenza agli individui provvisoriamente degenti presso l'Ospedale Maggiore di Milano. È indubitato che nel grandioso nostro Nosocomio si troverà sempre una certa stazione di alienati; sia perchè vi si raccolgono i deliranti in esperimento di cura; sia perchè molti ricoverati per altre malattie vi si chiariscono o divengono poi Mentecatti; e sia finalmente perchè

l' Ospedale Maggiore, essendo più alla portata del pubblico e delle Autorità, è preferito nei casi d' urgenza.

Il capitolo sui proventi e sulle spese abbisogna pur esso di qualche illustrazione. La Commissione volle ridurlo a miglior lezione, disponendolo in relazione ai principii superiormente accennati e ad un più chiaro assegnamento delle attribuzioni della Deputazione Provinciale e della Direzione. — Prescrisse il tempo utile per la presentazione dei preventivi e dei consuntivi dei due Manicomii; demandò alla Deputazione in via generale i contratti per le somministrazioni e provviste ordinarie occorrenti ai Manicomii; assegnò un congruo fondo all'Economo, a disposizione della Direzione, per le spese giornaliere imprevedute e non vincolate a contratto. Non riprodusse il Regolamento per i proventi e per le spese, trovandosi nel capitolo dedicato all'Economo già ricordati i precetti cardinali d' una buona amministrazione interna, e sotto ogni altro rapporto prescegliendo lasciar libera la mano alla Deputazione Provinciale di organizzare questo ramo di servizio secondo i sistemi addottati e seguiti dagli Ufficii e dalla Ragioneria Provinciale.

Trattandosi dei concorsi e delle nomine, la Commissione ha invertito in alcuni punti il progetto Castiglioni, trasportando alla Deputazione Provinciale facoltà largite alla Direzione. Così i concorsi per il Personale Superiore sono sempre aperti dalla Deputazione Provinciale, e spetta a quest' ultima la nomina delle Commissioni esaminatrici, la cui presidenza, per un giusto e doveroso riguardo, si è attribuita al Direttore dei Manicomii. Si affidarono alla Direzione le nomine e destinazioni ai posti del Personale di servizio inferiore nella categoria degli amovibili, per delegazione della Deputazione Provinciale. Si stabilì il massimo di età per l'ammissione del personale inferiore e superiore, fatte in esso le differenze ed eccezioni.

Statuito che gl'impiegati dei Manicomii Provinciali acquistano il grado di impiegati provinciali e sottostanno ai Regolamenti che reggono la Provincia, si applicarono le norme relative ai capitoli Vacanze e Pensioni.

La Commissione riconoscendo una particolare benemerenza nel servizio dei medici addetti ai Manicomii, accettò per essi il principio di un trattamento di pensione, migliore di quello

accordato dalla Legge dello Stato, estesa agli impiegati provinciali. Tuttavia per ragioni che nulla tolgono ai meriti speciali del Personale sanitario, condannato ai Manicomii ad una vita di abnegazione e di sagrificio continuo, non scevra da pericoli, la Commissione non potè applicare questo principio nella misura avanzata dal dott. Castiglioni. Accordando ai medici dei Manicomii provinciali l'aumento di un quarto sulla cifra, che loro dovrebbe competere a tenore della menzionata Legge, si assicurò ai medesimi un vantaggio non irrilevante, il quale viene a procurare a un dipresso il godimento di una pensione corrispondente al soldo intiero; ciò che non è mai concesso dalla Legge dello Stato, le cui pensioni non possono eccedere i $^4/_5$ della media degli stipendii, anche con 40 anni di servizio. — La Commissione ommise di tener calcolo dei casi d'infermità o di lesioni contratte in servizio, in quanto che la Legge 14 aprile 1864, agli articoli 2 e 21, li contempla per un trattamento speciale, alle quali disposizioni giova sperare che potremo fra non molto aggiungere le provvidenze speciali discusse in Parlamento sulle morti procurate da malattie contagiose e dal cholera.

In un paragrafo delle sue *Disposizioni Transitorie*, il dott. Castiglioni propose una clausola a favore del Personale superiore ed inferiore, che dalla Senavra venisse trasferito ad altra sede. La Commissione la trovò pel momento superflua, e troppo impegnativa per l'avvenire. Il Consiglio Provinciale vorrà a suo tempo discutere la pianta morale del nuovo Manicomio, che si avesse ad erigere, sia a Desio, sia altrove. Essendo libero ad ognuno di accettarla, o di cessare dal posto occupato coi diritti portati dagli anni di servizio prestati alla Senavra, la Commissione non poteva guarentire che il diritto di trasferta a coloro i quali avessero a trasmutare.

Esposte così le idee che guidarono la Commissione nel rifondere e nel ricostrurre l'opera del dott. Castiglioni per costituire ciò che essa chiama il *Regolamento dei Manicomii Provinciali*, non prenderà a giustificare partitamente le minori varianti introdotte nella seconda parte del suo lavoro, volendo considerare la prima come la più importante, e per così dire, statutaria. I capitoli riguardanti i diritti e doveri dei singoli funzionarii, riproducono quasi tutti i concetti colle parole stesse

adoperate nella proposta Castiglioni, con quelle poche modificazioni richieste dal caso. Si conservarono al Direttore quasi tutti gli attributi essenziali ad esso conferiti nel menzionato Progetto, essendo unanime la Commissione nel ritenere che una sola mente, una sola volontà abbia a governare i Manicomii, ad imprimere un solo indirizzo all' azienda sanitaria ed economica interna ed alle applicazioni della scienza psichiatrica. Soltanto la Commissione ha riservato alla Deputazione Provinciale il diritto di pubblicare i consuntivi dei Manicomii, diritto che è per essa un dovere imprescindibile verso il pubblico ed il Consiglio Provinciale.

Si è ammesso, secondo le vedute del Direttore Castiglioni, che il Manicomio Principale non solo debba restare la sede della Direzione, ma sia considerato come il centro di tutte le evoluzioni e le operazioni concernenti eziandio il Manicomio succursale a Mombello, dal che derivano reciproci vantaggi e mutuo appoggio al vero prosperamento di ambedue. — Non si è vincolata ad alcuna norma prefissa la presenza del Direttore nel Manicomio succursale, ov' egli è libero di recarsi ogni qualvolta lo creda opportuno, onde esercitarvi la necessaria sorveglianza e la sua autorità.

La Commissione ha accettato le idee del sig. Direttore Castiglioni sul riparto dei Medici nella proporzione di uno per ogni 100 ricoverati all' incirca nel Manicomio Principale e per 150 nel Succursale, attesa l' indole e la natura dei Mentecatti accolti nell' uno e nell' altro. Convinta della importanza in oggi acquistata dalla anatomia-patologica, dalla microscopia e dalla istologia, essa confida che nel personale sanitario addetto ai Manicomii Provinciali non mancheranno i cultori di questi importantissimi rami della medicina. In ogni modo essa impegna sin d' ora la Deputazione e il Consiglio Provinciale a voler premiare, sia nei concorsi, sia nelle promozioni, coloro che si distinguono nello studio e danno guarentigia di far concorrere al lustro ed al progresso della scienza gli abbondanti materiali offerti dai Manicomii Provinciali.

Prescindendo dalle regole particolareggiate sino ai minimi dettagli, colle quali il Direttore Castiglioni volle disegnare gli incumbenti del Personale di servizio inferiore, la Commissione ne

raccolse in un solo capitolo lo schema e la distribuzione, coi doveri emergenti per gli uni e per gli altri, commettendo alla Deputazione Provinciale di approvare le singole Istruzioni disciplinari. Al quale proposito essa raccomanda sin d' ora alla Deputazione le Norme presentate dal Direttore Castiglioni, siccome quelle che nulla lasciano a desiderare, se pur non peccano per soverchia minutezza nella affermazione di ciò che è nella natura stessa delle cose.

Un lavoro di questo genere è per sè stesso mutabile e suscettivo di molti miglioramenti. La Commissione, nel trasmetterlo alla Deputazione Provinciale, giustamente si aspetta di vederlo emendato e corretto. Il Consiglio Provinciale accordandogli l' onore di una profonda discussione, saprà portarlo più dappresso a quella perfezione, che idealmente tutti vagheggiamo. Ad ogni modo, la Commissione si limita ad esprimere il voto che il Regolamento dei Manicomii Provinciali venga sottoposto anche alla sanzione del tempo e della esperienza, e riformato, ove occorra, ad epoca determinata (1).

La Commissione.

Avv. *Giuseppe Piolti De Bianchi*, Presidente. — Avv. *Giuseppe Borgomanero*. — Rag. *Francesco della Porta*. — Dott. *Carlo Ferrario*. — Dott. *Romolo Griffini*, relatore.

BIBLIOGRAFIA MEDICO-CHIRURGICA ITALIANA.

AGENO e TOMATI. Aggiunte alle Considerazioni sullo stato attuale della interna amministrazione e del servizio sanitario degli ospedali civili di Genova. — Due parole alla Commissione amministrativa degli ospedali civili di Genova. — Genova, 1867; 1 vol. di pag. 135.

AGOSTI *Giuseppe*. La commozione e lo stupore generale in rap-

---

(1) Segue a questa Relazione il Progetto di Regolamento, che pubblicheremo quale verrà sanzionato dal Consiglio Provinciale.

porto all'amputazione istantanea. — Considerazioni teorico-pratiche sopra un caso d'amputazione immediata alla gamba, con brevi cenni sulle varie teorie e pensieri dell'Autore sulla patogenesi della pioemia. Napoli, 1866; op. di pag. 50.

ANNUARIO della Società dei Naturalisti in Modena. Anno II. Modena, 1867; 1 vol. in-8.° di pag. 194.

AURITI *Giuseppe*. Sopra una epidemia di morbillo. Studio teorico-clinico. Napoli, 1867; 1 vol. in-8.° di pag. 137. (Dal Giornale « La Medicina »).

BALESTRERI *F. M.* La costituzione medica di Genova nel 1866 e il cholera. Osservazioni. Genova, 1867; op. di pag. 31. (Dalla « Liguria medica »).

BARBIERI *Agostino*. Della ferita della arteria vertebrale; del dott. Ambrogio Gherini. Analisi critica ed osservazioni. Milano, 1867; op. di pag. 13. (Dalla « Gazz. med. It. Lomb. »).

BELLUZZI *Cesare*. Nuovi fatti in appoggio dell'estrazione del feto col parto forzato durante l'agonia delle donne incinte, onde salvare più facilmente il feto stesso in sostituzione a tale operazione o al taglio cesareo post mortem. Bologna, 1867; Memoria di pag. 19. (Dalle « Memorie dell' Accad. delle scienze dell' Ist. di Bologna »).

BETTI prof. *Leopoldo*. La teoria fisiologica e la teoria-empirico-razionale della malattia rispetto all'ontologismo della scienza medica. Firenze, 1865; op. di pag. 85 (« Dallo Sperimentale »).

BETTI prof. *Leopardo*. Patologia e fisiologia. — Considerazioni pratiche sul fondamento della scienza medica. Firenze, 1866; op. di pag. 49. (Dallo « Sperimentale »).

BONUCCI *Francesco*. Delle malattie mentali curate nel Manicomio di S. Margherita di Perugia gli anni 1864-65-66. Relazione triennale. Perugia, 1867; 1 vol. di pag. 59.

BOTTA prof. *Gian Lorenzo*. Sulla doppia irido-enclesi. Comunicazione agli onorevoli Membri del Congresso sanitario degli spedali di Genova. Genova, 1867; op. di pag. 12. (Dalla « Liguria medica »).

BRENTANO *Paolo*. L'omiopatia in Italia. Rivista annuale. Anno II. Milano, 1867; 1 vol. di pag. 490.

CASANOVA cav. *Achille*. La critica della patologia cellulare di Virchow e del nichilismo antiflogistico di Niemeyer, Trousseau, Orsi, Tommasi, Schivardi, ecc., in base ad un riassunto della nostra riforma delle dottrine le più ricercate sulla genesi della flogosi e della cotenna (riforma che emerge dalle opere segnate con asterisco nella coperta) con estesi appunti alle belle opere di Graves, Uhle e Wagner ed un'Ap-

pendice intorno i preservativi e curativi del cholera-morbus in relazione alla teoria microzoocistica sui contagi, ecc. ecc. Milano, 1867; 1 vol. di pag. 175.

Cerasi *Filippo*. Essenza e patogenia del diabete mellito. Roma, 1867; op. di pag. 24. (Dal « Giornale medico di Roma).

Chiara. Osservazione di Cefalotrissia per difetto grave alla conjugata sacro-pubica. Torino, 1867; op. di pag. 14.

Comissetti comm. *Antonio*. Annotazioni sull' attitudine degli Italiani al servizio militare e sulle principali imperfezioni fisiche od infermità che motivarono le riforme negli inscritti delle leve degli anni 1862, 1863 e 1864. Firenze, 1867; op. di pag. 37 con tav.

Contini *Antonio*. Istruzione al popolo per conoscere e curare il cholera-morbus asiatico. Chiari, 1867; op. di pag. 13.

Contini *Antonio*. Trattato e Istruzione popolare sul cholera-morbus asiatico. Chiari, 1867; op. di pag. 45. (Vendibile al prezzo di cent. 50, presso il tipografo-librajo Francesco Buffoli in Chiari).

Cortese comm. *Francesco*. Relazione della campagna combattuta dalle armi italiane nel 1866, risguardante lo stato sanitario dell' esercito. Venezia, 1867; op. di pag. 75.

De Marchi *Antonio*. Di un nuovo fenomeno morboso dell' encefalo appellato cerebro-cerebelloso e spiegazione del suo meccanismo. Promemoria. Sarzana, 1867; op. di pag. 101.

De Vita cav. *Achille*. A proposito del cholera. Precetti igienici e profilattici. — Presidii curativi. — Provvidenze dei Comuni. Catanzaro, 1867; op. di pag. 10.

Fasoli e Guerri. Il cholera e i disinfettanti. Nuovi studj sperimentali eseguiti nel R. Laboratorio di chimica farmaceutica in S. M. Nuova di Firenze. Firenze, 1867; op. di pag. 13.

Gherini *Ambrogio*. Della ferita dell' arteria vertebrale. Milano, 1867; op. di pag. 43.

Giordano prof. *Scipione*. Zolfo e cholera. Considerazioni presentate nella seduta del 28 luglio della R. Accad. med. di Torino, 1867; op. di pag. 20. (Dal « Giorn. della R. Accad. med. di Torino).

Granara *Romolo*. Cenno retrospettivo riguardante la gestione direttiva sanitaria per l'Ospedale di Pammatone durante il triennio 1864-67. Genova, 1867; op. di pag. 20.

Landi prof. *Pasquale*. I malati della clinica chirurgica di Bologna nell' anno accademico 1865-66 ricordati ai suoi scolari. Fano, 1867; op. di pag. 59. (Dall' « Ippocratico »).

Landi prof. *Pasquale*. Una lezione sulla trasfusione del sangue. Fano, 1867; op. di pag. 27. (Dall' « Ippocratico »).

La Scienza del Popolo. Raccolta di Letture scientifiche popolari fatte in Italia, in piccoli volumi di circa 50 pag. l'uno, al prezzo invariabile di 25 centesimi in Firenze e 30 in provincia franco di posta. — All'estero le spese postali in più. — Si aprono abbonamenti per serie di 6 vol. ciascuna, al prezzo totale di L. 1. 50 franco di posta per tutto il Regno. — Dirigere la domanda col relativo prezzo in vaglia, biglietti o francobolli, alla Direzione della *Scienza del Popolo* presso gli Stabilimenti Civelli a Firenze, Milano, Torino, Verona. — I volumi sinora pubblicati sono i seguenti: 1.° La pila di Volta; pel sen. prof. Carlo Matteucci. — 2.° I vermi parassiti; pel dott. Pietro Marchi. — 3.° Vita di Giorgio Stephenson; pel prof. G. Saredo. — 4.° Il tipo-telegrafo; pel cav. G. Bonelli. — 5.° La misura del tempo in geologia; pel prof. Igino Cocchi. — 6.° Igiene del sistema nervoso; pel prof. G. Generali. — 7.° La voce ed altri fenomeni attinenti alla respirazione; pel prof. Giacinto Namias. — 8.° I miasmi e le epidemie contagiose; pel dott. P. Lioy. — 9.° Storia naturale del colera; pel prof. Giacinto Namias.

Le condizioni dell'Amministrazione degli Spedali civili di Genova esposte dalla Commissione amministrativa al Prefetto della Provincia ed al Sindaco. Genova, 1867; 1 volume di pag. 71.

Macari *Francesco*. Cholera in Aosta nel 1867. Torino, 1867.

Mantegazza prof. *Paolo*. Delle alterazioni istologiche prodotte dal taglio dei nervi. Nuove esperienze. Milano, 1867; op. di pag. 15. (Dalla « Gazz. med. It. Lomb. »).

Marcacci prof. *Giosuè*. Settantatrè nuovi esperimenti fatti con alcuni coagulanti il sangue e più particolarmente col percloruro ferro-manganico. — Considerazioni intorno alla più comune maniera di guarigione degli aneurismi, corredate di 140 osservazioni pratiche. Siena, 1867; 1 vol. in 8.° di pag. 345.

Mattioli *G. B.* La fava del Calabar. Padova, 1867; op. di pag. 31.

Miraglia cav. *B. G.* Relazione fatta alla Commissione amministrativa del R. Manicomio di Aversa, nella tornata del 27 febbrajo. Aversa, 1867; op. di pag. 58. (Dagli « Annali Frenopatici Italiani »).

Monteforte *Gaetano*. Risultati clinici raccolti nel Sifilicomio di Palermo negli anni 1865 e 1866. Palermo, 1867; op. di pag. 59 con fig.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. Romolo Griffini.

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA.

Vol. CCI. — Fasc. 603. — Settembre 1867.

Osservazioni chirurgiche *del dott.* **BERNARDINO LARGHI**, *Chirurgo Capo presso l'Ospedale Maggiore di Vercelli.*

X.

Panereccio sottoperiosteo, necrosi dell'ultima falange dell'indice destro, recisione sottoperiostea e riproduzione della medesima.

N. N., apprenditrice sarta, d'anni 13, di costituzione eminentemente scrofolosa, a labbro superiore tumidissimo, viene accompagnata dalla sorella il 4 maggio 1862 nel mio studio; è affetta da giorni 15 da profondo panereccio sottoperiosteo dell'ultima falange dell'indice destro la di cui estremità è orrendamente ingrossata qual' otre; sento raccolta tutt' intorno, giudico necrosata e nuotante nella marcia l'ultima falange. Una puntura d'ago cagionò probabilmente la malattia. Non sentii, movendo le parti, scrichiolare l'ultima falange sulla seconda, perciò giudicai sana la loro giuntura.

Perchè tanto tardaste o giovinetta a farvi visitare? Per paura. Divisi le carni dell'ultima falange in lembo dorsale ed in lembo palmare, il coltello passò fra il periostio e la superficie palmare della falange, la quale rimase fra mezzo alle parti divise; divaricati i due lembi, con tenaglie incisive recisi la base della falange, speriostata dalla malattia, ben presso all'articolazione.

La pagina dorsale del periostio era aderente al lembo dorsale, la palmare al lembo corrispondente, vi fu poca emorragia, non feci allacciatura alcuna. Il periostio distaccato tutto

all'intorno della falange, meno nella corona articolare, si era dilatato in enorme saccoccia piena di marcia, entro la quale nuotava l'osso necrosato; probabilissimamente non vi fu rottura in alcun punto della saccoccia periostea, ma io non feci minuto esame delle palpitanti parti per pietà dell'inferma. Posi in contatto i due lembi con due cuscinetti di compresse, l'uno dorsale l'altro palmare. Prescrissi all'inferma di tenere immersa nell'acqua tiepida la mano destra durante un'ora, prima di farsi visitare nei giorni avvenire.

Maggio 5, *mane*. — Il dito infermo è di già di molto disenfiato, un pò di sangue aggrumato sta fra l'uno e l'altro lembo, i quali tenni di nuovo combaciati coi due cuscinetti e con fasciatura circolare.

Maggio 6. — L'incisione si estende sino oltre al livello della base dell'unghia, i due margini e le due commissure sono tumidi, l'unghia non è più sollevata.

Maggio 7 a 16. — L'unione dei due lembi ebbe luogo regolarmente.

Maggio 22. — L'estremità dell'indice è più larga e più spessa dell'estremità del pollice della stessa mano, l'unghia è compiutamente fissa: la novella falange è di già consistente, fra i due margini dell'incise parti vi è tratto alto circa due millimetri o poco meno, rienpiuto di carni sode. Corre in oggi il decimo ottavo giorno da che l'inferma fu operata, e la falange novella è già in via di avanzata riproduzione, e la medesima (parte vecchia e parte nuova) si muove molto bene sulla seconda.

Maggio 28. — È compiuta la riproduzione.

La parte dell'indice destro che contiene l'ultima falange è molto più grossa della corrispondente parte dell'indice sinistro. L'incisione è compiutamente cicatrizzata, sono conservati per intiero i movimenti della terza falange sulla seconda.

Giugno 2. — Incomincia il periodo di decrescimento dell'osso novello.

L'estremità dell'indice destro operato è più grossa e più tozza e più corta di circa due millimetri dell'estremità dell'indice sinistro, così un pò più breve restò la falange che si rinnovellò e si riprodusse.

Da questo giorno incominciò il decrescimento dell'osso, il quale fattosi gradatamente più piccolo, ritenne presso a poco il volume dell'osso sinistro corrispondente, rimanendo però sempre un pò più breve ed un pò più grosso. L'unghia antica si rinnovò essa pure cacciata dalla novella.

Aprile 8, 1867. — Stato attuale dell'estremità operata.

Indice

Sinistro sano.		Destro operato.	
centimetri	millimetri	centimetri	millimetri
Lunghezza della falange.			
2	03	2	00
Lunghezza dell'unghia.			
1	05	1	01
Larghezza dell'unghia.			
1	00	1	04
Lunghezza del dito alla radice dell'unghia.			
1	06	2	02

La punta dell'indice destro è tozza e quadra, presenta solco di cicatrice che circonda il suo apice e si estende ai lati sino in corrispondenza della radice dell'unghia, e ritiene così la traccia dei due lembi fatti nell'atto operativo. La punta del dito si ingrossa un pò più, oltrepassata la giuntura della seconda colla terza falange, ed in luogo della forma conica all'apice, presenta un cono a rovescio colla punta del cono verso la giuntura e colla base verso l'apice dell'indice. Così l'ossificazione ciò che perdette in lunghezza acquistò in larghezza. La giuntura della terza e seconda falange eseguisce i suoi movimenti in modo naturale.

Considerazioni. — Avendo diagnosticato dal primo istante che la falange necrosata nuotava in un campo di marcia, fendei di botto l'estremità operanda o punta dell'indice in due lembi, l'uno dorsale, e l'altro palmare: operando in questo modo lasciai intatta la superfi-

cie dorsale dell'estremità dell'indice; non toccai nè punto, nè poco l'unghia. Nei casi di estrazione dell'ultima falange, dessa non deve essere estratta, perchè serve di sostegno alla falange novella, è una *assicella* naturale che impedisce la maggiore retrazione delle parti. L'estremità di un dito al quale sia stata estratta la falange tende sempre a raccorciarsi, e l'arte deve studiare ogni mezzo di renderne minore il raccorciamento, e perciò si deve conservare l'unghia, quantunque dessa fosse un pò sollevata. Restò pure intatta la superficie palmare dell'estremità dell'indice, la volli rispettare, e conservare intatta perchè sede precipua del tatto, e parte primaria per la presa dei corpi.

Una sol volta, 1852, per estrarre la falange trovando sollevata l'unghia, la distaccai, vidi alcuni seni sul dorso dell'estremità del pollice, feci incisione dorsale, ma la novella falange e l'unghia novella crebbero con margine saliente dorsale e due superficie laterali, abbandonai perciò questo metodo che vidi difettoso (1).

Il panereccio sottoperiosteo dell'ultima falange del pollice e delle altre dita nasce soventi volte alla regione palmare, quindi la necessità di fare l'incisione cutaneo-periostea nella regione palmare. In ogni panereccio l'áncora della cura è la prontissima incisione; come è riconosciuto dai primi tempi quasi della chirurgia.

Io sempre pratico l'incisione cutaneo-periostea nel primo istante che visito l'infermo. Non procedo alla disseccazione della falange; se essa è distaccata esce da sè, se non è per intiero distaccata, si distacca intieramente col tempo, fatta l'incisione sino all'osso, l'arte ha fatto tutto quanto si dovea fare; verso alcune goccie di soluzione

---

(1) Vedi « Operazioni sottoperiostee ». « Giornale dell'Accademia medico-chirurgica di Torino », 1856.

d'azotato d'argento 1 a 100, o cauterizzo leggerissimamente le parti incise per abortire il processo inflammatorio, per abortire la suppurazione, ecc., non faccio alcuna manualità per estrarre la falange necrosata.

Quantunque la falange antica non sia ancora totalmente distaccata dal periostio, tuttavia la falange novella è già in via di formazione (1), e perciò la falange antica considero come madre forma della falange che sta per crescere, e quindi spaccato il panereccio sottoperiosteo, lascio alla natura liberarsi dall'antica falange necrosata.

Nel caso nostro, diciotto giorni dopo l'estrazione dell'antica, la novella falange era già in via di innoltrata ossificazione. Questo fatto prova quanto sia celere la riproduzione delle ossa. È ben vero però che la riproduzione dell'ultima falange dell'indice non cominciò dal momento che fu fatta l'estrazione, ma bensì dall'istante che il periostio della stessa si ingrossò, ossia dai primi istanti del panereccio: è duopo considerare che la malattia non durava che da quindici dì, e così in giorni trenta di lavorio la natura ajutata dall'arte aveva già portato la novella ossificazione ad un grado ben avanzato.

Quando fatta l'incisione cutaneo-periostea, l'ultima falange esce in grande parte necrosata, appena compiuto il taglio, io non dubito di introdurre (siccome indicai nell'opera sovracitata e qui giova ripetere) entro il cavo periosteo alcuni stuelli di filaciche, e ciò faccio onde conservare e far ritenere al cavo periosteo la sua lunghezza, ossia per impedire il raccorciamento di detto cavo, senza di che la falange nuova, accorciatosi e raggrinzatosi il cavo periosteo, cresce e si forma molto più corta della falange antica. Nel caso nostro nel termine di un mese si

(1) Vedi opere sovracitate.

compì pure l'unione, ossia adesione della porzione antica della falange alla porzione novella della medesima, unione ed anchilósi che prova la meravigliosa e prontissima riproduzione delle ossa. Feci bene a non esportare l'unghia antica, essa cadde col tempo, e la sua presenza servì ad ottenere la falange novella, lunga quasi come la antica.

Per l'avvenire, ogniqualvolta troverò gangrenata la prima e la seconda falange del pollice, la prima e la seconda falange del dito grosso, non farò l'estrazione compiuta delle medesime, mi limiterò a fare un'incisione cutaneo-periostea sulla regione dorsale o sulla parte laterale più conveniente e voluta dal caso, distaccherò alquanto il periostio dai margini dell'incisione, ma mi guarderò ben bene di compiere ad un tratto l'estrazione; è dessa opera troppo manesca, da cui deve rifuggire la chirurgia. Lascierò in sito la prima e la seconda falange, perchè desse sono il naturale sostegno delle falangi novelle che la natura sta facendo risorgere. Ciò è detto pei casi in cui vi sia necrosi delle ossa, senza seni che si aprano all'esterno; se vi sono seni, non faccio neppure l'incisione, introduco da lustri i cilindri d'azotato d'argento dentro le ossa piccole, dentro le ossa grandi, distruggo l'osso antico, ajuto l'atrofia dell'osso antico, e servendomi dei seni, faccio la litotrizia dei sequestri, siccome pratico da anni, e già pubblicai nei giornali di Torino « Gazzetta dell'Associazione Medica degli ex Stati Sardi, 1862 » e « Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino, 1856 ».

XI.

Tumore cistico orbito-palpebro-sopraciliare sinistro, tumoretto non cistico, grosso come un grano di riso posato sull'apice della porzione anteriore del primo, ambo situati dietro il muscolo orbicolare. Incisione breve cutaneo-muscolare, estirpazione del tumoretto, puntura della cisti, leggera cauterizzazione della parete interna della cisti colla punta di cilindro d'azotato d'argento. Leggerissime successive cauterizzazioni, progressivo impicciolimento del tumore, avvizzimento progressivo delle pareti della cisti, adesione e cicatrizzazione completa della medesima, nessuno o leggerissimo segno di cicatrice superficiale.

Numero d'ordine generale 332. Numero del letto 86.

Micheletti Francesca, d'anni 19, contadina, nubile, da Tronzano, proveniente idem. Entrata 11 marzo, operata 12 marzo, uscita guarita 27 marzo 1867.

A dire dell'inferma essa porta da dieci a undici anni tumore cistico alla palpebra superiore sinistra; è desso grosso come nocciola, sta, direi, fra sopraciglio e palpebra, posa in parte sul margine sopracigliare; il tumore ha spostato un pò in basso la parte esterna del sopraciglio e la parte esterna e margine inferiore della palpebra superiore, è cistico, e il direi trasparente; è situato dietro il muscolo orbicolare della palpebra.

Porta sull' apice della porzione anteriore altro tumoretto, grosso come un grano di riso, sottocutaneo, superficiale e mobile. Il tumore cistico non è mobile, non si sposta, porzione di esso si riconosce fare corpo col periostio del sopracciglio e della vôlta orbitale. Rinchiude nel suo seno umore così detto *sebaceo*.

I pratici ben sanno di qual genere siano questa sorte di tumori.

Io il credo originato dalla ipertrofia d' una delle ghiandole mucipare che si trovano presso le aperture delle cavità del corpo umano, ma l'istologia del medesimo non tocco che di volo, il processo operativo è quello che attira la mia attenzione.

Base del progetto operativo. — L'atto operativo deve essero circoscritto al tumore, ed essere rinchiuso entro il medesimo; tutti i tessuti della palpebra, del sopracciglio, dell'orbita non devono essere non solamente tocchi, ma neppure esposti all'atto, ed ai danni dell'operazione formolata colle seguenti parole.

Breve incisione cutaneo-muscolare sul centro del tumore.

Estirpazione del tumore grosso come un grano di riso.

Puntura a picco col cilindro appuntato d'azotato d'argento e penetrazione della punta dello stesso dentro la cavità della cisti. Cauterizzazione della superficie interna del tumore mentre è ancora distesa da porzione della materia che contiene entro di sè.

Sale comune sovra l'incisione.

Questo fu il piano che ideai nella notte, o per meglio dire, che pratico da lunghi anni e lustri, siccome già indicai nelle mie opere.

Marzo 12, *esecuzione.* — Fatta breve incisione cutaneo-muscolare di contro il tumoretto, lo estrassi colla pinza Bonino, ossia lunga pinza a branche arcuate (1). Forai con bistorì la cisti, e mentre ancora esciva dalla piccola apertura l'umore sebaceo di quella, escito dalla cisti circa un quarto del suo contenuto, introdussi la punta del cilindro d'azotato dentro la cavità del tumore, lasciai colà la medesima un istante, e la estrassi; sparsi di sale comune l'incisione (prima leggera cauterizzazione).

Marzo 13, *mane.* — Non vi è febbre, non risipola, la palpebra è distesa e leggermente edematosa, il tumore ha il volume di prima.

Marzo 12, 13. — Citrato di chinino centigrammi 50 a fine preventivo.

Marzo 15. — La parte esterna del margine palpebrale che era un pò declive all'inbasso ed all'infuori è rialzata. L'apice del tumore è roseo, ancora chiusi ed adesi sono i margini dell'incisione.

---

(1) « Gazzetta medica italiana di Torino 1860-61 », diretta dal cav. Borelli.

Marzo 16. — Divaricai i margini dell'incisione, ruppi l'adesione, fuor escì turacciolo conico di materie sebacee, e detritus della cauterizzazione; introdussi la punta del cilindro e la tenni accollata alla parete anteriore del tumore.

(Seconda leggera cauterizzazione)

Marzo 17. — Non risipola sul tumore, escara aderente.

Marzo 18. — Tutto tace intorno al tumore, l'escara è ancora aderente, comprimo il tumore che ha il volume che avea prima dell'atto operativo, e ne esce il turacciolo conico; come sovra introduco dentro il tumore il cilindro e lo levo subito (Terza leggerissima cauterizzazione).

Marzo 20. — Escara sporgente; comprimendo al disopra del tumore si fa escire e cadere l'escara, ed anche la porzione più profonda dello stessa; restano beanti i margini ed il contorno del cavo, si scorge il fondo conico di lui, ne tocco col cilindro la parete superiore (Quarta leggerissima cauterizzazione). L'inferma non va di corpo. *Infusione di rabarbaro.*

Marzo 21. — Tumore impicciolito. — Pressione, escita al solito del detritus della cauterizzazione misto all'umore *sebaceo* (Quinta leggerissima cauterizzazione).

Marzo 22. — Il tumore non è più sporgente, compresso alla parte superiore, esce pus sciolto, faccio compressione più forte e faccio escire l'escara, la quale distacco per intiero colla punta della pinza, empio il cavo di soluzione 1 a 100 di azotato d'argento, e per aumentare la facoltà cauterizzante del liquido, immergo per un istante la punta del cilindro nel liquido colato e ritenuto nella cavità del tumore.

Marzo 23. — Il margine palpebrale si trova ancora un pò obliquato in basso, il tumore è appianato, sono adesi i margini dell'incisione, li divarico e faccio escire la piccola escara, ed introduco un istante la punta del cilindro, e vedo al solito la cavità rimpicciolita (Sesta leggerissima cauterizzazione).

Marzo 24. — Si sente per intiero il tumore, ridotto a piccolo sacco, di cui direi, si toccano le due pareti approssimate e combaciate. Escita dell'escara per la compressione. Velatura col cilindro.

Marzo 25. — Le pareti del tumore sono appianate, faccio escire l'escara, ed introduco il cilindro *per un istante.*

Marzo 27. La cicatrizzazione anche all'interno è presso che compiuta, al posto del tumore si sente corpo o meglio cicatrice piatta, dura, sottocutanea, segno della cicatrizzazione e combaciamento fra di loro delle pareti del tumore. Il margine della palpebra superiore non si obliqua più in basso, ma ha ripreso la sua naturale positura. Escita dall'inferma.

Considerazioni. — L'atto operativo non esce, anzi è rinchiuso dentro la cavità del tumore. Restano illesi i tessuti entro-orbitali, breve, se non nulla la cicatrice, non può avere luogo diffusione, assorbimento, tutto è circoscritto. Collo stesso metodo si operano gozzi cistici, e tumori cistici, e non cistici di vario genere, con esso, invece di estirpare, si atrofizza il bulbo dell'occhio, ecc., siccome pratico da lustri e da lustri pubblicai nei giornali italiani e stranieri. Valete.

XII.

Cisti del cordone spermatico destro, e tumore carneo sporgente dal cordone nella parte superiore della cisti, infra-inguinali, diagnosticati per ernia in un villaggio; ruvidi ed incongrui maneggi di riduzione, flemmone consecutivo delle porzioni scrotale, inguinale e pelvica del cordone. Incisione della cisti, snocciolamento del tumore, sopra-venienza di idrope nella vaginale del testicolo destro, incisione della vaginale, ascesso scroto-inguino-pelvico del cordone, evacuaziane delle marcie dal profondo della pelvi per mezzo di catetere introdotto dall' incisione fatta per la cisti; tarda incisione dell' ascesso circoscritto all' inguine. Guarigione.

Pollini Angelo, segatore, d'anni 37, è accolto nell'Ospedale ai numeri d'ordine generale 2955, e del letto 189, il 16 novembre 1862, è operato il 20 novembre, ed esce guarito il 4 gennajo 1863.

L'infermo presenta tumore orbicolare nella parte destra e superiore dello scroto. Il tumore non risiede nella cavità della

vaginale, sta al di sopra di lei in quel tratto del cordone spermatico che vi è fra l' anello inguinale inferiore e la vaginale del testicolo, se si comprime, si sente fluttuazione profonda: il cordone spermatico al disopra di esso è duro ed ingrossato, l' ingrossamento si sente pur anco nella regione inguinale, e comprimendo la regione inferiore dell' abdome si sente che l'ingrossamento continua nella cavità della pelvi. Il diametro bilaterale interno-esterno del tumore è di centimetri quattro e millimetri cinque, egual misura ha il diametro anteriore posteriore del tumore, essendo desso orbicolare; è sano il cordone spermatico sinistro. Facendo tossire l' infermo non si sente urto di visceri all' anello inguinale destro. La malattia dura da anni ed anni, l' infermo non ha mai sofferto malattie sifilitiche, e non ha mai avuto gonorrea. Compiutamente sani sono i testicoli destro e sinistro, Consultò, alcuni giorni prima di portarsi all'Ospedale, un chirurgo in un villaggio, il quale giudicò il tumore un' ernia inguinale, fece incongrui e ruvidi tentativi di riduzione, e consigliò l' applicazione d' un cinto erniario. Ai maneggi ruvidi tennero dietro dolori alla regione lombare destra, e l' ingrossamento della porzione scrotale inguinale e pelvica del cordone destro.

L' infermo ha buona costituzione, non presenta sintomi di malattia di cuore e di polmoni, ha neri i peli di tutto il corpo, nera e folta la barba ed i capelli, olivastra la tinta del volto e del corpo, quale s' addice agli individui di temperamento così detto epatico, ha sommo timore pel suo male, massima incertezza sull' esito dello stesso, e manca assolutamente di coraggio. Qual' è la malattia dell' infermo? Il tumore dello scroto è isolato, è circoscritto in verità, ma l' ingrossamento del cordone si continua oltre il tumore orbicolare, si innalza all' inguine, e dentro all' inguine, e giù si sprofonda nella pelvi. Il tumore orbicolare è fatto da quella malattia che fu detta idrope saccato del cordone: il cordone in altri termini presenta nella regione dello scroto una cisti a pareti non spesse, e contenente probabilmente liquido sieroso. L' ingrossamento del cordone può essere dipendente da flemmone del tessuto cellulare dello stesso, che può essere stato originato dai maneggi che si fecero per ridurre il tumore, tanto più, che l' infermo non desistette dai suoi faticosi lavori di segatore.

Novembre 20. — Fatta la diagnosi di tumore od idrope cistico del cordone, e di ingorgo flemmonoso esteso alle regioni scrotale, inguinale e pelvica di esso, decisi di operare il tumore per incisione. Fermato l'infermo, compresso il tumore colla mano sinistra dell'operatore, dall'indietro in avanti feci incisione longitudinale sulla parte anteriore del tumore, paralella all'asse di lui e del cordone, lunga millimetri ventiquattro; scoprii la membrana più profonda del tumore, e visto il colore cilestro delle acque trasparenti attraverso alla membrana, forai questa con scalpello a punta rotonda; uscì umor acquoso, introdussi l'indice pel forame, dilatai coll'indice l'incisione; e penetrai coll'indice in sacco rivestito di liscia membrana; percorrendo la parte superiore dello stesso sentii far capolino dalla parte superiore dello stesso, un tumore (quasi come fa il collo dell'utero che si sente per la vagina); girai coll'indice intorno intorno al tumore; constatato e riconosciuto così il tumore, coll'indice portato intorno intorno allo stesso lo isolai, penetrai al di là del sacco ben più di quindici millimetri, staccai il tumore per intiero, eccettuato un piccolo peduncolo il quale non potè essere distaccato perchè privo di resistenza; estrassi coll'indice il tumore, legai il peduncolo, e lo recisi al di quà di un centimetro del laccio. Il peduncolo non presentava pulsazione alcuna, ma mi parve prudente cosa l'allacciarlo, onde essere sicuro da ogni pericolo di emorragia. Non vi fu emorragia, riempii il sacco ed il cavo con filacciche. Appena avea inciso il sacco, feci tossire di nuovo l'infermo, non vi era comunicazione alcuna colla cavità addominale: feci tossire nuovamente l'infermo dopo l'estrazione del tumore, posi l'indice entro la cavità d'onde fu estratto il tumore e si sentì non esservi alcuna comunicazione colla cavità addominale, non si sentì urto di viscere contro la parete d'onde avea estratto il tumore.

Novembre 21. — Leggero edema allo scroto, scarificazioni superficiali, poca febbre, maggiore intumescenza al cordone spermatico, leggero dolore al ventre.

Novembre 19, 20, 21. — Corallina grammi tre, persolfato di chinina centigrammi cinquanta. Boccone con miele, preventivo.

Novembre 22. — Vi è edema dello scroto, vi è edema del

prepuzio, febbre moderata; l' infermo assume tinta itterica generale, più forte di quella a lui abituale. Non vi è dolore al ventre, incisioni cutanee allo scroto ed al prepuzio. L' incisione e la cavità della cisti non suppurano ancora. Infusione di rabarbaro.

Novembre 23. — È incominciato il periodo di decremento del flemmone traumatico operativo allo scroto. Tolsi le filacciche dal cavo, non compressi il cordone all' addome. Decotto di tamarindi.

Novembre 24. — Lo scroto quantunque diminuito di volume è ancora ben pesante, poco pus misto ad aria esce dall' intorno del laccio e dal fondo del cavo della cisti, l' infermo è senza febbre.

Novembre 25. — Lo scroto è molto grosso, sentesi raccolta di liquido nella parte destra dello stesso, pratico incisione sulla regione anteriore dello scroto, scopro idrocele della vaginale destra, pongo la vaginale.

Novembre 27. — I margini dell' incisione della vaginale e della cavità della cisti del cordone sono coperti di carni fungose e velate di pàtina biancastra; leggera cauterizzazione dei medesimi; tumore scrotale decrescente; non diminuisce ancora l' intumescenza soprastante al laccio, non vi è febbre.

Novembre 26, 27. — Soluzione di gomma arabica.

Novembre 28. — Diminuito il volume dello scroto, leggera cauterizzazione col cilindro dei margini delle due incisioni.

Novembre 29, *mattina*. — Velatura delle due incisioni col cilindro d' azotato d' argento.

Novembre 29, *ore tre pomeridiane*. — La regione inferiore destra dell' addome è gonfia; si sente molto ingrossato tutto il tragitto del cordone, dall' incisione della cisti alla porzione contenuta nel canale inguinale; la pressione fatta colla mano sinistra sul tragitto addominale del cordone fa uscire un pò di marcia dall' incisione della cavità della vaginale. La marcia è bianca, spessa, cremosa e come dicono i chirurghi di buona qualità.

Vi fu adunque flemmone ed ascesso lungo il cordone, il flemmone era già in corso quando l'infermo venne all'Ospedale, come si poteva argomentare dall' ingrossamento di quella porzione del cordone che si sprofonda nella cavità della pelvi.

Novembre 30. — Dolènte, gonfio è il cordone nell'addome, la pressione sulla parte addominale dello stesso fa escire un mezzo cucchiajo di marcia della stessa indole di quella di jeri.

Cataplasma risolvente in continuazione. Jeri od avanti jeri cadde nel tempo della medicazione il laccio che avea posto intorno al peduncolo del tumore del cordone spermatico.

Decembre 1. — La suppurazione aumenta alquanto, alcuni cucchiaj di suppurazione si trovano sulla faccia del cataplasma, essa però conserva sempre gli stessi caratteri. L'infermo è senza febbre.

Decembre 2, *mattina*. — Feci alzare in piedi l'infermo nel momento della medicazione, comprimendo l'addome, gocciolò dall'incisione del cordone molto maggior quantità di marcia.

Decembre 2, *ore* 3 *pomeridiane*. — Accesso di freddo dopo la visita del mattino, citrato di chinina gramma uno.

Decembre 3, *mattina*. — Suppurazione abbondante, citrato di chinina centigrammi 50; è diminuito il volume del cordone nel canale inguinale, in questo mattino non vi è febbre.

Decembre 4, *mattina*. — È cresciuta di molto la suppurazione che viene dalla pelvi, se ne raccolse nel mattino circa un bicchiere.

Decembre 4. 5. — Citrato di chinina centigrammi 50.

Decembre 7. — Molta, puzzolente, spessa è la marcia che esce dalla pelvi.

Decembre 6 *ad* 8. — Corallina grammi 2, citrato di chinina centigrammi 50.

Decembre 6. — L'incisione della vaginale è cicatrizzata, suppurazione pelvica molta e puzzolente. Cordone all'addome tumido, quasi ascesso alla regione addominale del cordone, non vi è febbre.

Decembre 7. — Egualmente enfiato è il cordone, ma la suppurazione non è più spessa.

Decembre 8 *a* 25. — Corallina grammi 2, citrato di chinina centigrammi 20. Boccone con miele.

Decembre 8, *mattina*. — È elevata la regione addominale del cordone, non escono che alcune goccie di pus dall'incisione della cisti. Esplorai con sonda conica di gomma elastica introdotta pell' incisione della cavità della cisti, e su inoltrata adagio ada-

gio penetrò dentro il seno tutta quanta, era lunga (centimetri 34), feci alzare l'infermo in ginocchio, tolsi la sonda, colò poca marcia dall'incisione.

Decembre 8, ore tre pomeridiane. — L'addome è rialzato in forma d'ascesso lungo il cordone. La pressione fa escire poca marcia, la quale puzza di merda. L'incisione allo scroto è molto ristretta, introduco nel seno della stessa spugna cerata.

Decembre 9, mattina. — All'inguine, e sopra all'inguine nella regione addominale del cordone si sente, comprimendo, gorgoglio di liquido. Introdussi la sonda conica di gomma elastica per aprire la via, ed a questa faccio succedere grosso catetere di gomma elastica, ed escì gran quantità di marcia che puzzava di merda.

Decembre 9, ore tre pomeridiane. — Rialzo all'inguine ed alla inferior parte dell'addome. Introduco come sovra sonda e catetere evacuatore, l'ascesso è compiutamente vuotato della marcia che sorte in parte all'intorno del catetere, ed in parte per la cavità dello stesso. Non vi è febbre.

Decembre 10, mattina. — Vuotai l'ascesso nell'istesso modo, le marcie hanno sempre colore ed odore di merda.

Decembre 10, ore tre pomeridiane. — Vuoto al solito l'ascesso. Superficialmente l'ascesso si estende dal pube alla tuberosità superiore ed anteriore dell'osso illiaco, si sente in basso verso il pube il gorgoglio del liquido, più in alto si sente l'induramento del tessuto cellulare.

Decembre 11. — La maggiore intumescenza è al di sopra della branca orizzontale del pube, si vuota al solito l'ascesso, l'infermo non ha febbre, ha un pò di diarrea.

L'essere penetrata la sonda pel tratto di centimetri 34 prova che l'ascesso si continua nella piccola pelvi, il gorgoglio presso il pube prova che l'ascesso è pur anco superficiale, e l'odore di merda prova che la cavità dell'ascesso è in vicinanza degli intestini. Del resto non vi è febbre.

Decembre 12. — La marcia estratta al modo solito non ha più l'odore della merda, è meno puzzolente, e spessa, non vi è febbre.

Decembre 13. — L'incisione cutanea sovrastante alla vaginale è cicatrizzata, l'incisione della cisti non presenta più

che un adito e seno a pareti rosee per cui si fanno scorrere la sonda ed il catetere evacuatore, la punta del quale penetra nell'ascesso e lo evacua a centimetri 12 più in su dell'apertura. La marcia in questa mattina era bianca e spessa.

Decembre 14. — Si sente una durezza sottocutanea che a guisa di fascia si stende dalla spina iliaca anteriore superiore al pube (è il tessuto sottocutaneo indurato). Vi era raccolta moderata di marcia, la quale fu evacuata col solito mezzo. Non vi è febbre.

Decembre 15. — L'incisione della cisti si restringe sempre più, poca elevazione al pube, escita di poca marcia, evacuata al solito modo, si consiglia all'infermo di alzarsi dal letto.

Decembre 18. — Sino al giorno 15 la marcia fu evacuata mattina e sera, da questo dì non si evacua che nel mattino.

Decembre 19. — Marcia abbondante, spessa e grigia.

Decembre 20. — La suppurazione era molto spessa, chiudeva gli ochielli del catetere evacuatore, feci incisione cutaneo-laminare, lunga circa millimetri 18 al di sopra dell'arco del Poparzio, parallela allo stesso, situata nel mezzo della distanza fra la spina anteriore superiore dell'osso iliaco e la spina del pube, escì molta marcia spessa, dall'incisione, e gocciolai nell'ascesso aperto soluzione 1 a 100 d'azotato d'argento per mezzo del catetere ad imbuto superiore.

Decembre 21. — Il cavo dell'ascesso parmi non molto esteso, divaricai i margini dell'incisione, e lasciai cadere entro di quello alcune goccie di soluzione d'azotato d'argento.

Decembre 22. — Escirono dall'incisione sovra l'arco del Poparzio poche goccie di suppurazione, divaricando i margini dell'incisione feci gocciolare dentro al cavo, che parve piccolo, poche goccie di soluzione d'azotato d'argento.

Decembre 23. — Non esce più goccia di pus; rimane solo leggera durezza del tessuto cellulare al di sopra dell'incisione.

Decembre 24. — Non escono dall'incisione che poche goccie di umore limpido come linfa.

Considerazioni. — Non si errò nella diagnosi, ma parte della malattia sfuggì alla diagnosi, vi era idrope, ossia cisti del cordone, vi era ingorgo flemmonoso già forse vôlto ad ascesso della porzione sotto-inguinale, inguinale

e pelvica del cordone; e queste parti della malattia furono precisamente diagnosticate; ma si trovò dentro al cavo della cisti e superiormente ad esso, piccolo tumore. Poteva desso indovinarsi? A dire il vero il cordone spermatico al di sopra della cisti presentavasi ingrossato: esaminato e leggermente compresso non dava segno di raccolta entro di esso, ma l'intumescenza non essendo circoscritta, sentendosi penetrare nel canale inguinale e giù sprofondarsi nella piccola pelvi, la credetti prodotta da ingorgo flemmonoso esteso lungo tutto il cordone.

Fu primo a comparire il tumore, o comparve prima la cisti saccata del cordone? Parmi che primo a comparire fosse il tumore, e che dalla pressione del medesimo sugli elementi del cordone possa essere nato l'idrope saccato, seppure non furono contemporanei, oppure se non fu al contrario della credenza sovra esposta.

Natura del tumore. — Io non esaminai il tumore al microscopio. Il tumore estratto non era cistico, non era tumore sanguigno, non era un tubercolo, non era formato da tessuto gangrenato, pareva, esaminato come dice Virchow, all'ingrosso, della natura delle ghiandole che si trovano sul corso dei vasi linfatici.

Atto operativo. — Trattandosi di cisti del cordone spermatico, si poteva operare come l'idrope della vaginale del testicolo, per incisione, o per injezione. Io preferii di operare per incisione perchè non mi pareva prudente cosa l'operare per injezione di qualunque liquido. Il liquido poteva espandersi per screpolatura della cisti, poteva spandersi dietro al peritoneo, ecc., quindi parvemi aver fatto bene ad operare per incisione.

Estrazione del tumore. — Il tumore fu riconosciuto nel momento che esplorai la cavità della cisti, e fu snocciolato coll'indice portato intorno intorno allo stesso. Io credo che non si potesse operare l'estrazione del tumore con metodo più adatto; operarlo per incisione era esporsi

a ledere le vene, l'arteria spermatica ed il condotto deferente; quand'anche si fossero evitati questi pericoli, era un atto dilicato e non facile ad essere compiuto; al contrario, il tumore facendo capolino nella parte superiore del cavo, non vi era assolutamente metodo più semplice che quello di snociolarlo coll' indice, con questo mezzo si era sicuri di non offendere l'arteria, la vena ed il condotto deferente. Lo snocciolamento colle dita è il mezzo più congruo per esportare tumori circondati da vasi esimii, esposti in vicinanza d'organi, che devono rimanere illesi.

Fui indeciso per alcuni giorni di operare, da un lato parevami poco prudente l'operare la cisti del cordone, mentre la parte del cordone, superiore appena al tumore operando, la parte inguinale e pelvica dello stesso erano affette da ingorgo flemmonoso; dall'altro lato pensavo, che difficilmente mi sarei indotto ad operare dopo il corso di ascesso inguinale e pelvico del cordone spermatico.

Sarebbe potuto risolversi l'ingorgo flemmonoso del cordone, ma essendo desso stato determinato da ripetuti maneggi sul medesimo, parevami poco probabile la risoluzione, onde, d'ogni consiglio e cosa pesato il contro ed il pro, mi decisi ad operare.

Perchè fu ritardata l'apertura dell' ascesso. — Io feci ben tardi l'apertura di questo ascesso, e solo quando la praticai, gocciolai soluzione di nitrato d'argento entro il cavo dell' ascesso.

L' ascesso scroto-inguino-pelvico era ascesso direi traumatico. Nel suo principio era più vasto, era profondo, non volli esporre al contatto dell' aria atmosferica sì vasta cavità, fattasi di recente. La cavità essendo da ascesso traumatico, dovea col tempo restringersi, quando credei cicatrizzata, o fatta meno estesa la parte dell' ascesso che si estendeva nella piccola pelvi dietro al peritoneo, allora l'aprii, e mi parve, così avendo fatto, di avere operato secondo le regole dell' arte.

XIII.

Tumore circum-femorale sinistro da ascesso freddo, lussazione contemporanea inferiore della testa del femore sinistro; puntura sulla linea centrale e media della regione femorale posteriore, injezioni ripetute di soluzione d'azotato d'argento dentro il cavo dell'ascesso; guarigione dell'ascesso, e ritorno del capo fuorescito del femore nella sua nicchia.

Morello Pietro, servo di campagna, d'anni 12, da Castelletto Monastero, proveniento idem, entra nell'Ospedale Maggiore di Vercelli, ai numeri d'ordine generale 126 e del letto 204, il 16 gennajo 1862, ed esce guarito il 18 marzo 1862. L'infermo è giovinetto a capelli biondi, a cute bianchissima, di costituzione linfatica, a sistema muscolare tenue, a cuore ed arterie poco sviluppate, a viva intelligenza; è affetto da enorme ingrossamento della coscia sinistra, la quale ha perduto la regolare di lei conformazione ed ha assunto la figura di una zucca. La parte posteriore del tumore, che è pur quella della coscia, presenta la cute marmoreggiata da vene sviluppatissime; hanno pure l'aspetto venoso le regioni anteriore e laterali della coscia e del tumore, quantunque in minor grado. La malattia non è recente, dura da mesi, evidente e certa è la fluttuazione entro il tumore; non si senta in tutto l'ambito dello stesso pulsazione alcuna. Feci tosto diagnosi di tumore da ascesso, così detto, freddo. La gamba sinistra è più bassa della gamba destra, il malleolo interno sinistro, approssimando una gamba contro l'altra, viene a trovarsi sotto il malleolo destro. Il tumore occupa quasi tutta la coscia sinistra, non fanno parte del tumore la parte infima e la estrema superiore della medesima.

Circonferenza misurata alla metà della loro altezza delle coscie

Sinistra inferma	e	Destra sana
	centimetri	
40		30
Diametro bilaterale interno-esterno misurato alla stessa altezza		
10		7
Diametro antero-posteriore misurato alla stessa altezza		
12		5

Altezza del tumore

Al lato esterno della coscia	centimetri	25
Al lato anteriore	»	22
Al lato interno	»	16
Al lato posteriore	»	24

La costituzione dell'infermo, il lento svilupparsi del tumore, la fluttuazione chiara ed evidente, la mancanza di pulsazione, l'essere sovravvenuto il tumore senza precedente causa traumatica, ecc., fanno credere che desso sia del genere dei tumori detti ascessi freddi. Tale era la diagnosi che facevo di botto. Ma perchè il malleolo sinistro interno è più basso del malleolo interno destro? Che è ciò?

La spina iliaca-anteriore superiore, e la spina-iliaca posteriore sinistra sono allo stesso livello delle destre, non vi è perciò spostamento dell'iliaco sinistro dal sacro.

Vi ha egli lussazione antica, spontanea del capo del femore? Quale correlazione ha la lussazione coll'ascesso che circonda il femore? Vi ha talvolta, e mi ricordo d'aver letto negli anni addietro negli « Annali Universali di medicina di Milano », una Memoria di illustre autore di cui obbliai il nome, nella quale erano riferite istorie di lussazioni ed abbassamento recente della testa del femore, e quindi abbassamento del malleolo corrispondente senza grave lesione dell'articolazione, e pronta loro guarigione.

L'Autore di quella Memoria ragionatissima ripeteva la lussazione dall'eccessiva quantità di liquido rinchiuso nella cavità articolare ileo-femorale, e spiegava il pronto ritorno della testa del femore nella sua nicchia pel pronto assorbimento del liquido eccedente.

Non volsi e rivolsi al miserello la coscia in varii sensi, mi parve ciò poco pietoso, sperai, credei che tale fosse la cagione dell'abbassamento del malleolo sinistro, credei esservi idrarto ileo-femorale, e non grave lesione osseo-articolare di quella giuntura. Era quella la mia credenza e speranza. Ma se ciò non fosse stato, se invece la giuntura ileo-femorale fosse stata gravemente offesa? Ciò parevami poco probabile, è vero, ma pure era una cosa possibile e possibilissima; pensai, in tale caso, o vi è comunicazione, o non vi è punto comunicazione dell'ascesso colla cavità articolare femoro-iliaca.

Era egli probabile che questo ascesso comunicasse colla articolazione ileo-femorale? Non lo credei; l'articolazione è molto profonda, è vero, ma se vi fosse comunicazione dell' ascesso colla cavità della giuntura, la malattia della giuntura dovrebbe essere antichissima, avanzatissima, e ciò non è. Artrocace antico ileo-femorale ha seni al margine esterno e superiore della coscia e dell'iliaco, ha seni alla parte posteriore della coscia e dell'anca, porta con sè lussazione completa e più avanzata del femore, cioè il capo del femore non solo è fuor escito dalla sua nicchia ed abbassato, ma sortito dalla sua nicchia, e venuta per alcun tempo più lunga la gamba, la lussazione da inferiore si converte in superiore e posteriore, e perciò la gamba rimane più corta. L' assenza adunque dei seni, l'esservi stata discesa, ma non retro-ascesa del capo del femore, facevano credere che non vi fosse comunicazione fra l'ascesso e la giuntura ileo-femorale.

Furono queste le riflessioni che feci appena esaminai la prima volta l'infermo. Ciò osservato, pensai al metodo di cura, esso deve essere quale si conviene per gli ascessi freddi, ma nello stesso tempo deve essere tale che convenga in qualunque dei casi che ho superiormente accennato.

Quale sarà la condizione del femore che sta entro a quest' ascesso enorme della coscia sinistra? Anche su questo particolare sperai non fosse leso il femore. Femore affetto da antica necrosi non può non essere senza seni al lato interno, e lungo la linea aspra esterna dello stesso. Poteva essere la malattia un ascesso caldo sottoperiosteo?

Questo caso non potrebbe esistere senza essere recente, vi sarebbe febbre ardita, vi sarebbe condizione semi-flemmenosa del tessuto celluloso della coscia, vi sarebbe strozzatura dei tessuti, ecc.; era dunque probabile, se non certo, (che la chirurgia come la medicina è sovente solo arte induttiva) che il femore non fosse affetto da necrosi. Poteva egli esistervi ingrossamento enorme e rammollimento del femore? Questo caso restava escluso dalla non profonda fluttuazione, ecc.

Giudicata per tanto la malattia, probabile e probabilissimo ascesso freddo, pensai di fare piccola puntura ad evacuare l'ascesso, e quindi per il seno della puntura fare injezioni di so-

luzione d'azotato d'argento. Una puntura piccola, e sinuosa, fatta press' a poco al metodo sottocutaneo non dà facile accesso nei primi giorni all'aria atmosferica, la cauterizzazione operata dal liquido, injettato subito dopo la puntura, impedisce l'assorbimento, e favorisce l'adesione delle pareti.

Gennajo 21. — Decisi di fare la piccola puntura alla regione posteriore centrale e media della coscia, ove sentivasi decisa fluttuazione: cercai di fare una piega trasversale della cute della coscia sul tumore, ma la cute essendo troppo tesa, ciò non mi fu possibile; perciò la feci nel sito indicato col trequarti della parancentesi addominale; feci camminare sottocutaneo l'istrumento in alto per il tratto di circa millimetri quindici, e quindi ne rivolsi la punta contro la parete posteriore dell'ascesso; escì la marcia solita, verdognola, diffluente degli ascessi freddi, e vuotato in massima parte l'ascesso, injettai soluzione 1 a 20 d'azotato d'argento colla sciringa. Tolta la cannula del trequarti, escì un pò di liquido dell'injezione; il tumore riteneva press'a poco il suo primiero volume.

Gennajo 18 a 21. — Assafetida grammi uno, citrato di ferro centigrammi venti.

Gennajo 22 a 28. — Corallina grammi tre, citrato di chinina centigrammi venticinque, boccone con miele a fine preventivo.

Gennajo 23. — La febbre è molto leggera.

Gennajo 24. — Non vi è febbre, faccio escire il liquame dell'injezione del giorno 21 gennajo, e spingo nuova injezione d'azotato d'argento colla siringa, e chiudo il seno con tappo di filaccie.

Gennajo 25. — L'apertura e la parte esterna del seno sono ostruite da escara, la quale si staccò nelle ore pomeridiane dello stesso dì, escì il liquame, feci nuova injezione al solito, e chiusi come sovra il seno.

Gennajo 26. — Questa mane vuotai l'ascesso del liquame, quindi esaminai e palpai il femore, esso non è di molto ingrossato. Posi, dentro a grammi cento d'acqua stillata, grammi sei d'azotato d'argento, ed injettai dentro all'ascesso le tre quinte parti del liquido, l'ascesso non pareva poterne contenere di più. La capacità dell'ascesso è di già di ben molto diminuita. Le pa-

reti di esso non sono calde, non flemmonose, non edematose, fatta l'injezione tappai l'apertura dell'ascesso.

Gennajo 27. — Vuotai l'ascesso, lo riempii con acqua stillata grammi cento ed azotato d'argento grammi quattro, ma l'injezione fuggì metà dal cavo.

Non vi è febbre, non locale inflammazione, tutto procede bene.

Gennajo 28. — Vuotai l'ascesco del liquame, ed injettai acqua stillata grammi cinquanta, azotato d'argento grammi due, tappai l'apertura del cavo.

Gennajo 29. — Non vi è reazione nè locale nè generale, injezione come jeri.

Gennajo 30. — Il cavo si stringe sempre più, injezione al solito.

Gennajo 31. — Esaminando come al solito ogni dì il tumore, alle ore tre pomeridiane sentii crepitare sotto la cute il tessuto celluloso del tumore; stetti un istante sopra pensiero, se fosse avvenuto una crepa nella parete posteriore di esso; le injezioni erano state sempre fatte colla sciringa; fui dubbio un istante se il crepitìo fosse dovuto a versamento di liquido, o ad aria penetrata nel tessuto laminare. Non vi essendo reazione locale, non vi essendo minaccia di gangrena, credetti la crepitazione da aria atmosferica, e nulla feci.

Febbrajo 1. — In questa mattina più non si sente il crepitìo sovraccenato, lascio la sciringa e faccio gocciolare la stessa soluzione entro l'ascesso per mezzo di catetere gocciolatore.

Febbrajo 2. — Gocciolai al modo istesso la soluzione entro il cavo, il quale si restringe sempre più.

Febbrajo 3. — È moltissimo diminuito il tumore, non avvi più che una leggera intumescenza all'altezza del grande trocantere, e presso di esso.

Febbrajo 6. — Gocciolai soluzione al modo istesso. Il cavo è ridotto a ben poca cosa.

Febbrajo 7. — Non vi è più quasi cavo, palpando con diligenza la coscia, si sente leggero ingrossamento del femore alla regione posteriore dello stesso, inferiormente al grande trocantere. Feci injezione di poca soluzione colla sciringa, il becco del catetere stentando a passare pel seno ristretto del tumore. Del

resto in questa mattina non vi era quasi umore di sorta nel piccolo cavo.

Febbrajo 8. — Il cavo molto ristretto non dà che poche goccie di suppurazione. Injezione come jeri.

Febbrajo 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. — Injezione di poca soluzione colla siringa.

Febbrajo 13. — L'ascesso è ridotto a piccol seno, e durezza circoscritta nella vicinanza del grande troncatere.

Da questo giorno faccio alzare dal letto quotidianamente l'infermo.

Febbrajo 19. — Si sente un tantino grossa la regione posteriore e superiore del femore. Cataplasma di semi di lino irrorato d'acqua vegeto-minerale in continuazione.

Febbrajo 20 *a marzo* 18. — Olio di merluzzo in continuazione.

Marzo 2. — È chiuso il seno.

La gamba sinistra che era più bassa, poco a poco ritornò all'altezza della destra; quando feci alzare l'infermo, il malleolo interno sinistro era a livello del malleolo interno destro.

Marzo 17. — Rimaneva leggiero inzuppamento dei tessuti profondi alla regione posteriore del femore, il quale aveva sede probabilmente nel tessuto laminare circumperiosteo del femore.

Marzo 18. — Escita dell'infermo dall'ospedale; non lo rividi.

Considerazioni. — L'esito della cura fu felice, volgasi il pensiero sul modo con cui fu condotta. È sempre grave malattia un ascesso lento, profondo che circondi il femore. La diagnosi fu precisa, il pronto e facile ritorno del capo del femore nell'acetabolo da cui era disceso, prova che non era profonda l'alterazione della giuntura ileo-femorale.

L'esito non poteva essere più felice, senza guai, senza febbre, nè suppurazione, nè flemmoni, nè risipole, l'arte potè in breve condurre a guarigione sì grave malattia. Sta presente ancora alla mia mente quella coscia

pavonazza tutta screziata di vene, avente la configurazione di un otre, la cui cute era tesa oltremodo, il membro più lungo, l'emaciazione del delicato infermo, l'impossibilità al miserello di servirsi del membro ammalato; ed il quadro quanto vero, diventa altrettanto pietoso. Il metodo riuscì a puntino, non ebbe luogo alcun sintomo di assorbimento.

Io non feci la puntura con piccolo trequarti per li seguenti motivi:

Una piccola puntura, quale lo richiede il metodo sottocutaneo, non si presenta bene alla pronta evacuazione delle materie dell'ascesso, la cannula del piccolo trequarti si ostruisce ad ogni istante, quindi lungo tempo a vuotare l'ascesso. Se il chirurgo è disposto ad impiegare il tempo che si richiede, il servizio generale in un ospedale ha le gravi sue esigenze. Nei primi giorni l'escara tappava compiutamente il cavo, e l'aria non penetrò dentro allo stesso. Con apertura più larga della sottocutanea tutte le materie del cavo escono facilmente. Il contatto della soluzione d'azotato d'argento procura il restringimento del cavo e l'adesione delle pareti dello stesso. Col metodo usato evitammo un' incisione estesa, la quale è sempre, oltre gli altri inconvenienti, un grave indelebile ricordo che porta l'infermo dell'arte chirurgica, un ascesso inciso non si cauterizza colla facilità di un ascesso chiuso. ecc. Così diagnosi precisa, e ragionato metodo di cura furono coronate da felicissimo esito, ossia dalla guarigione di gravissimo e profondo ascesso freddo circumfemorale in delicatissimo ragazzino.

XIV.

Resezione sottocassulo-periostea del ginocchio per mezzo di incisione sul margine articolare superiore anteriore e laterali della tibia. — Osservazione letta nella seduta 21 giugno 1867 della R. Accad. medico-chirurgica di Torino (1).

La gamba è flessa sulla coscia. Si riconoscono il tubercolo della tibia, ed il margine articolare del condilo interno, e del condilo esterno della tibia.

Esecuzione. — L'operatore colla punta della lama triangolare scorteccia, procedendo dal basso all'alto, il tubercolo della tibia (inserzione del legamento inferiore della rotula): distaccata la corteccia del tubercolo, pratica due incisioni cutaneo-periostee che su ascendono paralelle, e quasi tangenti i margini laterali del legamento della rotula sino al centro del ciglio articolare della tibia; quivi giunto apre la cassula articolare; scorre di poi con incisione al lato interno sul margine articolare del condilo interno, ed incide d'un tratto cute, aponeurosi, estremità inferiore del tendine del tricipite interno, e porzione corrispondente della cassula; scorre con incisione al lato esterno sul margine articolare del condilo esterno, ed incide d'un tratto cute, aponeurosi ed estremità inferiore del tricipite esterno, e porzione corrispondente della cassula.

Occorre appena di osservare che l'operatore deve scortecciare il ciglio articolare della tibia, e così distaccare per intiero l'estremità dei tendini, della cassula, e dei legamenti. Mentre l'operatore fa quanto sovra si è indicato, l'assistente deve flettere sempre più la gamba, e le parti restando tese per la flessione, facilissimo riesce il distacco di tutti i tessuti dal margine articolare. Aprendosi frattanto sempre più la giuntura per opera della flessione, l'operatore colla punta della lama triangolare distacca la corteccia della spina della tibia (inser-

(1) « Giornale della Reale Accademia di medicina di Torino », 15 agosto 1867; pag. 129.

zione delle cartilagini semi-lunari, e dei legamenti incrocichiati). L'articolazione per il distacco delle parti or ora dette si apre maggiormente ancora, e frattanto l'operatore prosegue al lato interno, e distacca l'estremità inferiore del legamento laterale interno, e porzione corrispondente della cassula; prosegue al lato esterno, e distacca l'estremità inferiore del legamento laterale esterno dalla testa del perone, e porzione corrispondente della cassula; l'assistente flettendo sempre più la gamba, l'operatore compie il distacco della parte posteriore dell'inserzione dei ligamenti incrocichiati, se pure non furono di già per intiero distaccati.

L'articolazione è in ora ampiamente aperta, si distacchi il periostio dai condili del femore, e si agisca sul femore secondo i precetti dell'arte.

Se è d'uopo si distacchi il periostio dai condili della tibia, oppure si escavino i condili della tibia, o si lascino intatti secondo il caso ed i precetti dell'arte.

Esame dell' atto operativo.

Nessun muscolo, nessun tendine fu offeso, l'incisione passò lontana dai vasi e dai nervi poplitei, il legamento posteriore della giuntura non fu tocco. L'articolazione fu aperta nel suo sito più naturale.

Nell'anno 1856, « Giornale della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino », fascicolo N.° 18, 30 settembre, descrissi metodo col quale attaccai la giuntura per incisione laterale esterna, scorrendo sulla linea aspra esterna del femore, e giù scendendo per la linea aspra del condilo femorale esterno alla parte esterna del ciglio articolare del condilo esterno della tibia, ed alla parte esterna del tubercolo della stessa. È metodo per sua natura ed essenza difettoso quello di attaccare la giuntura pel suo lato esterno. Difatti l'agire lateralmente è sempre difficil cosa; l'incisione è lunghissima, dovendosi estendere per lungo tratto di femore, e per lungo tratto della tibia. È d'uopo distaccare l'e-

stremità superiore del muscolo gemello esterno, che deve rimanere intatta; non è errore, è sproposito, lussare la gamba al lato interno.

La gamba, nell'operare la lussazione del ginocchio non deve essere lussata internamente, ma deve essere flessa dall'avanti all'indietro. Attaccando la giuntura per la faccia anteriore, facciamo l'incisione la meno estesa che sia possibile, flettiamo la gamba nel suo verso più naturale, apriamo la giuntura, nel sito in cui è più facile ad essere aperta, nel sito in cui sono più lontani i vasi ed i nervi poplitei, e perciò più consono a natura è il metodo per incisione anteriore.

XV.

Estrazione sottoperiostea dei polipi naso-faringei e tumori profondi della cavità delle nari per l'apertura anteriore delle ossa mascellari superiori, eseguita dietro il labbro superiore, rovesciato.

L'apertura anteriore delle ossa mascellari superiori è la via più naturale per l'estrazione dei polipi naso-faringei, e dei tumori profondi delle cavità delle nari; vi si arriva rovesciando in alto ed in addietro il labbro superiore, e facendo incisione gengivale-periostèa al di sopra del margine alveolare sulla faccia anteriore e laterale dei due mascellari superiori, distaccandone il periostio, e sollevando colla leva la spina nasale anteriore ed inferiore.

Se il caso l'esige, si innalza e si distacca colla leva l'inserzione inferiore del setto osseo cartilagineo, e si sposta all'uno od all'altro lato siccome meglio conviene.

Quando per la grossezza del tumore l'apertura sovradetta non fosse ampia a sufficienza, il margine dei mascellari essendo sottile e già svestito del periostio, facile cosa è l'esportarne quel tanto che fia d'uopo.

Operando in questo modo non si tocca l'esterno del

volto, non si guasta il palato, i quali erano offesi coi metodi anteriori.

(V. Seduta della Reale Accademia medico-chirurgica di Torino, 23 maggio 1866. « Giornale della Reale Accademia di Torino », N.° 6, pag. 326, an. 1866).

XVI.

Gozzo cistico, mediano, comunicante col mediastino posteriore.

Marina Giovanni, da Palazzo, circondario d'Ivrea, contadino, d'anni 43, entra nell' Ospedale di Vercelli il 9 giugno 1867, e ne esce il 23 dello stesso mese.

L'infermo ha enorme gozzo cistico, di colore violaceo, fatto probabilmente dal lobo medio della tiroidea; esso è asmatico, completamente sordo, ed è obbligato pel volume del tumore a portare in addietro il capo, ed a tenere sollevato il mento.

Al lato destro e sinistro del collo e del tumore stanno tumidissime, e grosse come il dito indice di un adulto, le due vene giugolari; all'uno ed all' altro lato del collo avvi pure grossa vena tiroidea trasversale, la quale mette capo nelle giugolari verso la metà della clavicola, esse pure sono molto turgide e grosse quasi come le giugolari.

Il gozzo presenta nella sua parte inferiore, e sulla linea centrale, appena sopra allo sterno, un'ulcera rotondeggiante del diametro di circa 25 a 30 millimetri.

Diametri del gozzo. — Antero-posteriore, misurato dal centro della superficie posteriore del collo al centro anteriore del tumore . . . . Cent. 20. Millim. 00.

Bilaterale misurato alla metà del tumore . . . . » 14. » 00.

Sterno-mentoniero . . . . » 12. » 00.

La piaga era spoglia di cute ed occupata da tessuto, detto alla buona, e tecnicamento lardaceo.

Posi la punta dell'indice sinistro sul centro della piaga, feci leggera compressione, l' indice penetrò a poco a poco dentro il tumore, ne uscirono fiotti di marcia. Il dito, attraversati i tes-

suti situati alla regione anteriore del tumore penetrò in cavità superficiale, indi passò, direi, per uno stretto, e penetrò in seguito in cavità più profonda; toccavo coll'indice dentro al tumore la parte posteriore dell'articolazione clavicolo-sternale sinistra, e sentivo collo stesso le enormi pulsazioni delle carotidi e delle succlavie. Comprimendo la parte laterale sinistra del tumore colla mia mano destra, mentre un assistente faceva leggera compressione sulla parete destra dello stesso, un fiotto di marcia esciva di nuovo dall'ulcera.

L'indice mio era tutto penetrato dentro al tumore sino al metacarpo: nel penetrare coll'indice entro il cavo non feci la minima lacerazione, estratto il dito, vidi empiersi il cavo di sangue venoso. Non ripetei più mai l'esplorazione coll'indice.

Con catetere di gomma elastica, munito di imbuto, fatto con tela spalmata di diaquilon, versai acqua del Pagliari entro la cavità del tumore, escita dal tumore l'acqua del Pagliari versai per due volte entro lo stesso soluzione 1 a 100 d'azotato d'argento. Il catetere dell'istrumento gocciolatore entrò dentro per il tratto di centimetri 10, millimetri 5. L'infermo ha sempre avuto gozzo.

Il comune di Palazzo è paese a popolazione gozzuta, siccome situato non lungi dalla Dora Baltea, ed a piedi delle Alpi.

Pare che il gozzo si sia cominciato ad infiammare verso il 5 aprile scorso, cioè circa due mesi prima del presente dì. Furono fatti a domicilio salassi due. Presi, per quanto potei, minute informazioni dal fratello che accompagnava il nostro infermo, e quello asserì che il tumore non avea mai per l'addietro versato marcie dalla piaga, nè in poca nè in molta quantità. Pei fiotti di marcia che uscirono, il tumore si fece molto più piccolo, ma riprese quasi il primiero volume, appena fatta colare entro il medesimo la soluzione d'azotato d'argento.

Pare che il tumore sia gozzo cistico centrale, di cui si sia gangrenata la parte inferiore sulla linea mediana.

Giugno 9, *vespere.* — Il tumore è meno sporgente, e meno livido. L'asma è meno forte, minore la febbre, uscita non interrotta delle marcie, verso di nuovo soluzione d'azotato d'argento entro il tumore.

Gingno 10, *mane.* — L'asma è continuo sempre, ma in mi-

nor grado, non vi è febbre, gemizio continuo delle marcie miste a coaguli della cauterizzazione, faccio leggera compressione sui lati del tumore per fare escire le marcie, e verso di nuovo soluzione d'azotato d'argento, la quale lascio in parte escire naturalmente, e facilito l'uscita della poca rimanente parte di quella con leggerissima pressione laterale.

Così feci per due volte, la terza volta lasciai la soluzione entro il cavo, e non compressi il tumore.

Il tumore in questi dì era meno sporgente e meno livido di jeri.

Giugno 10, 11. — Corallina . . . . . grammi 3.

Persolfato di chinina . . . . » 1.

Boccone preventivo.

Giugno 10, *vespere*. — Versai due volte entro il tumore soluzione d'azotato d'argento.

Giugno 11. — Versai due volte la stessa soluzione. L'infermo ha fisionomia tranquilla, il colore del tumore non è più pavonazzo.

Giugno 12. — Sotto leggera compressione ai lati del tumore, ed anche senza di essa, esce dall'ulcera umore oleoso all'aspetto, simile alla sinovia. Due volte riempii la cavità del tumore colla soluzione azotata, e ne procurai l'uscita come in addietro.

Giugno 14. — Il gozzo ha colore naturale, è molto impicciolito, una larga falda di tessuto gangrenato sta fuori sporgente dal mezzo dell'ulcera.

Diametri del gozzo.	Cent.	Millim.
Antero-posteriore	16.	00.
Bilaterale medio	10.	00.
Sterno-mentoniero.	9.	00.

Introdussi la punta del catetere entro il tumore, esso penetrò giù giù sino all'imbuto, ritirai, e misurai quindi la porzione di catetere penetrata entro il cavo, era lunga centimetri 26. Io avea introdotto il catetere per versare al solito la soluzione azotata, ma visto che era penetrato cotanto, da quel momento più non versai liquido entro la cavità del tumore. Ove penetrò il catetere? Senza alcun dubbio nel mediastino posteriore.

Giugno 15. — Introduco catetere grosso quanto il mignolo

di un adulto, entro la cavità del tumore, esso pure penetra dentro centim. 26.

La distanza del margine superiore dello sterno dell'ammalato all'appendice xifoide dello stesso è di soli centimetri 17. Ai lati dell'appendice xifoide non si sente menomamente la punta del catetere; questo adunque penetrato per breve tratto dall'avanti all'addietro, si diresse quindi in basso, e percorse il suo cammino lungo l'esofago, e si protese all'ingiù. Le varie sezioni del tumore cominciano ad essere distinte.

Il tumore è fatto precipuamente dal lobo medio della tiroidea.

Adoperai in questo dì, e nei giorni successivi, il grossissimo catetere di cui parlai, per potere estrarre con maggiore facilità le marcie, le quali sotto l'espirazione ascendevano per il cavo del medesimo sino entro l'imbuto.

Giugno 15, *vespere.* — Capovolsi l'infermo; esso fu posto, e tenuto a capo basso, a tronco eretto, a mani poggianti per terra per alcuni secondi, vennero fuori alcune goccie di umore dall'ulcere, ma non di più. L'infermo si alza e passeggia per il cortile dell'ospedale dal giorno di jeri.

Giugno 21. — Ogni giorno mane e vespere, estrassi alcune cucchiajate di marcie per mezzo del catetere.

Il lobo destro della tiroidea concorre in ben poca parte alla formazione del gozzo. In esso distinguonsi due tumoretti di cui uno superiore minore, l'altro inferiore meno piccolo arriva appena al volume di una castagna spogliata dal suo riccio. Ben poco sensibile anzi atrofico è il lobo sinistro.

Giugno 21, 22. — Spugna usta grammi 1 in quattro parti con miele.

Giugno 23. — Diametri del tumore.	Cent.	Millim.
Bilaterale medio.	5.	00.
Sterno-mentoniero	6.	00.

Considerazioni. — A parlare propriamente non vi fu nè gozzo destro, nè gozzo sinistro, fu il lobo medio della tiroidea che si ipertrofizzò, si convertì in enorme tumore, divennero spesse le di lui pareti, e vasta la di lui cavità.

La parte destra ed inferiore del tumore si gangrenò, e fu divaricata dal chirurgo nel primo istante che visitò l'infermo. L'infermo volle uscire nel giorno suddetto, quantunque vivamente io lo consigliassi a fermarsi alcuni giorni ancora all'Ospedale, ma egli assolutamente vi si rifiutò. Quando partì, il tumore era di molto impicciolito, ed al dissotto della cute e del tessuto laminare ancora inturgiditi, sentivasi il tumore tiroideo centrale che impicciolivasi ogni giorno più.

Quando esplorai il gozzo del Marina coll'indice sinistro, sentii di essere penetrato in una prima cavità, era questa la cavità della cisti del gozzo; quindi l'indice passò per uno stretto, era questo formato dalla parete posteriore del gozzo; entrò successivamente in cavità più profonda, situata dietro il gozzo, e davanti la colonna vertebrale, comunicante col mediastino posteriore.

La punta del catetere, con cui versavo la soluzione azotata, era stata smussata, onde l'uscita del liquido fosse diretta; il catetere di gomma elastica era flessibilissimo, onde resta escluso ogni sospetto che esso abbia potuto lacerare menomamente le parti. L'esplorazione coll'indice fu fatta in modo delicatissimo, onde è d'uopo dedurre, che si gangrenò parzialmente la parete posteriore del gozzo, siccome si era gangrenata la parete anteriore dello stesso.

Il liquido, raccolto e cresciuto oltre misura nella cavità della cisti, fu la causa probabile della gangrena di porzione delle pareti della medesima, e ciò a ragione della compressione e distensione esercitata su di loro.

La malattia ebbe origine in prima nel tessuto della tiroidea, o nel tessuto laminare circondante la medesima? oppure si destò contemporaneamente nell'uno e nell'altro tessuto? È questione che io non posso e non voglio neppure toccare, non avendo dati sufficienti per po-

sarla, perchè non fui presente ai primi istanti della malattia.

La grossezza del catetere mi venne molto a taglio per l'evacuazione delle marcie; prudenza esigeva che io più non avessi adoperato il dito indice; l'avere sentito una volta con esso i terribili battiti dei tronchi brachio-cefalico, delle carotidi e delle succlavie fa passare la volontà di sentirli per la seconda volta; il tenere dietro all'estrazione dell'indice una sorgiva di sangue venoso, era altra ragione più che sufficiente di non più ripetere simile esplorazione.

Quando le marcie erano ascese per il cavo del catetere sino dentro, e su per l'imbuto, io schiacciavo la parte inferiore dell'istrumento, ed impedivo così il riflusso delle medesime sotto l'inspirazione, e reclinando l'imbuto, versavo le marcie.

Nel primo istante che vidi l'infermo, feci diagnosi di gozzo cistico costituito dal lobo medio della tiroidea. Feci la diagnosi appoggiato a casi simili anteriori. L'infermo veniva coricato all'ora della visita del mattino, egli si avanzava per l'infermeria cogli occhi spalançati, esterefatti, i movimenti di inspirazione, d'espirazione, erano accompagnati da un rantolo mandante un tristissimo suono, il tumore era enorme, terribile l'ansia dalla quale era tormentato, tumido il volto e di colore pavonazzo: non era quello istante di palpare e comprimere il tumore; si aggiunga la tumefazione del tessuto laminare sottocutaneo, la quale si estendeva a tutto quanto il gozzo, e ciascheduno vedrà quanto fosse imponente e grave lo spettacolo. Misurai il tumore, e visto l'ulcere situata alla parte inferiore di quello, pensai di botto che vi era tumore cistico mediano, e che grave ed abbondante dovea essere la raccolta dell'umore entro la cisti, che fra mezzo ai tessuti dell'ulcera io avrei potuto introdurre l'indice entro il cavo, e così dare escita pronta ai liquidi della cisti, e

sollevare l'infermo. Il pensiero tradussi all'istante in atto, ed il liquido fu prontamente evacuato.

La pratica che ho di questi tumori, la sua posizione centrale, l'asma grave che non cessava un istante, mi fecero credere senza dubbio che si trattasse di tumore del lobo medio. Successivamente vuotato il tumore dalle marcie, diminuito il suo volume, cessato l'edema sottocutaneo, la ferma mia credenza divenne assoluta certezza, le dita avendo potuto separatamente distinguere e riconoscere i due piccoli tumoretti del lobo destro, e l'atrofia del lobo sinistro della tiroidea.

XVII.

Ernia inguinale destra, omento-intestinale, antica, in parte irreducibile, incarceratasi da ore quarantotto; leggeri tentativi di riduzione, infruttuosi; sfiancamento dell' anello superiore del canale inguinale, tentativi di riduzione, leggera diminuzione del volume del tumore ernioso, cessazione del vomito, ingrossamento del tumore, restituzione del corso naturale delle materie fecali, rientramento dell' intestino ernioso nella cavità del ventre, permanenza dell'omento nella cavità del sacco. Guarigione.

Olivetti Andrea, contadino, d'anni 24, da Fabbrica, proveniente da Villarboit.

Entrato alle ore 11 antimeridiane del 30 maggio 1867. Operato alle ore 3. $^1/_2$ pomeridiane dello stesso dì. Escito 2 giugno 1867.

Maggio 30, *ore* 3. $^1/_2$ *pomeridiane.* — Visito per la prima volta l' infermo, il quale è robusto contadino di colore olivastro, a capelli nerissimi, con poca barba nera al volto, a sistema muscolare bene sviluppato: è affetto da ernia inguinale destra appena un pò più grossa d'un ovo di piccione. Il testicolo giace inferiormente al tumore. Narra che è ernioso da circa otto anni, che l'ernia si incarcerò due giorni addietro alle ore quattro pomeridiane in seguito a forte starnuto. Da quell'ora non andò più di corpo, nelle poche ore che è all'Ospedale vo-

mitò materie verdastre, un lombrico, non vomitò materie fecali. Il di lui ventre è leggermente meteorizzato, ma non dolente. Appena fu coricato, si sottoposero cuscini traversini ai popliti, e cataplasma all' addome.

Feci tirare l' infermo sulla sponda destra del letto, compressi leggermente il tumore, sentii un pò di gas penetrare nel resto degli intestini situati nella cavità dell' addome; il tumore leggerissimamente diminuì; ne tentai la riduzione colla taxis antica, agendo in particolare sul di lui collo; non cedette più oltre in minima parte: posi il pollice al lato interno di esso, sfiancai il primo cingolo che incontrai, tentai la taxis, il tumore non rientrò; girai col pollice, coll' indice all' insu, all'infuori del tumore, tentai la taxis ancora, ma inutilmente.

Girai di nuovo all' interno, all' insu, all' infuori del tumore coll' indice, arrivai ben in alto, pervenni dentro all' anello superiore del canale inguinale, lo sfiancai coll' indice, lo sfiancai col pollice, giunsi di sicuro coll' indice dentro la cavità addominale, rinnovai la taxis sul tumore; mi parve al fine un pò più rimpicciolito; era di sicuro meno elastico e più molle di quello che il fosse prima dell' atto operativo. Dimandai all' infermo se fuori restava per lo passato permanentemente una porzione del tumore, mi rispose, che maneggiato e compresso colle dita rientrava, per uscire di nuovo, tolta la compressione; replicai la dimanda, feci toccare il rimanente tumore all'infermo, e rispose che il tumore rimaneva sempre per l' addietro grosso, come lo è in ora.

Più non feci ulteriori tentativi.

Prescrissi un grammo di gialappa stemperata in rosso d'ovo, e diluito in decotto emolliente per due clisteri. Ghiaccio in continuazione a volontà dell' infermo, quarto del vitto.

Maggio 31, *mane.* — Stavo medicando altro infermo superiore all' Olivetti, ed a questo, lontano ancora alcuni passi, volgevo il mio sguardo. Egli giaceva tranquillo nel suo letto in quell' abbandono, che indica essere cessato ogni dolore, ed ogni pericolo. La sua fisionomia è ilare ed aperta. Da quest' istante fui sicuro della pronta di lui guarigione; venutogli presso, riconosco che non è ancora andato di corpo, la regione sovrainguinale e pubica sono ancora un pò dolenti, i polsi sono forti.

Il vomito era cessato subito dopo l' atto operativo. Il tumore ernioso è alquanto più grosso di quello che il fosse prima dell'atto operativo. Si continua il cataplasma addominale, si ripete il clistere. Non tocco nè punto nè poco il tumore.

Maggio 31, *ore* 3. $^1/_2$ *pomeridiane.* — L' infermo non è ancora andato di corpo. Faccio per un istante compressione sul tumore, ma esso non cede nè punto nè poco; polsi forti, pelle calda, febbre un pò viva, si ripete il solito clistere. Parmi che il tumore comprenda un pò di omento.

Giugno 1, *mane.* — L' infermo andò jeri sera abbondantemente di corpo, ventre appianato, fisionomia tranquilla, polsi di persona sana. Compresso il tumore, pare sia desso formato in totalità da omento, perchè facendo tossire l' infermo non si comunica alcun movimento al tumore. Nel 30 maggio dopo l'atto operativo cessò subito il vomito; nel 31 maggio, sera, cessò la paralisi intestinale, si sciolse il ventre, la guarigione è perciò assicurata. Acqua zuccherata. Mezzo vitto.

Giugno 2, *mane.* — L' infermo andò ancora jeri abbondantemente di corpo. Sentesi distinto ed isolato il fondo del sacco erniario. Sentesi l'intestino battere contro la regione inguinale destra sotto l' impeto del tossire, ma il movimento non è trasmesso al corpo che sta permanente entro il sacco, onde si deve dedurre che il corpo che sta tuttora attualmente entro il sacco è fermato dal solo omento. Uscita dell' infermo.

Considerazioni. — La base dell' ernia di cui trattiamo, *mi si permetta il motto,* è l'omento. Per l'uscita di esso dalla sua sede naturale ebbe principio la malattia. All'omento si aggiunse l' intestino, e di questo forse la porzione più prossima al cieco; colla compressione colle dita l'intestino rientrava, ed usciva fuori di nuovo, tolta la medesima; ma l' ultima volta che uscì, non potè colla solita manovra essere introdotto, e si incarcerò.

Ernia antica ha anello costrittore ingrossato ed indurato, e tale e non diverso poteva essere l' anello superiore del canale inguinale, onde non tenue forza fu necessaria per sfiancarlo e dilatarlo.

Sfiancato l'anello superiore, in cui risiedeva la causa precipua se non unica dello strozzamento; il chirurgo reiterò leggeri tentativi di riduzione; il tumore ernioso pei diversi atti operativi si era ben alquanto impicciolito, era diventato meno elastico, più molle, ma non si ridusse. Il chirurgo fece opera prudente a non insistere e, direi così, ostinarsi per ottenerne la riduzione; ulteriori manovre avrebbero potuto essere pericolose; d'altronde si dovea riflettere che mediante lo sfiancamento del cingolo costrittore inferiore, e dell'anello superiore del canale inguinale, era stata tolta ogni ragione costringente, e non vi poteva più esistere strozzamento in modo alcuno. L'intestino è ben vero non era ancora rientrato nella cavità addominale, esso ancora stava nel sacco, ma ciò era dipendente dalla paralisi intestinale; i gas e le materie fecali, che riempivano la porzione di budello, superiore al tratto di budello ernioso, erano quelli che meccanicamente lo spingevano fuori, e ne impedivano il rientramento. L'avere adunque sospeso ogni manovra ulteriore di riduzione, mi si permetta il ripeterlo, fu opera savia; difatti cessò all'istante il vomito, uno dei più gravi segni e sintomi di incarceramento. Nel mattino del 31 maggio, ossia diciassette ore dopo l'atto operativo, l'infermo avea di già riassunto la quiete e l'ilare fisionomia dell'uomo non più sofferente; nella sera del 31 maggio essendo l'infermo andato copiosamente di corpo, era già passata la paralisi, e sciolta direi la malattia.

Nel mattino del 31 maggio trovammo il tumore più grosso di quello che il fosse prima dell'atto operativo; era naturale l'ingrossarsi del tumore, essendo stata allargata la filiera per cui passava il viscere. L'intestino in seguito si ridusse completamente, restò permanentemente nel sacco l'omento; fu sciolto l'unico dubbio che ancora rimaneva, quello della composizione del tumore, e così la di lui composizione omento-intestinale fu per ogni parte dimostrata.

L'omento avrebbe potùto rientrare? Per sciogliere questa questione, per ottenere, se possibile cosa, questo intento, io avrei desiderato che l'infermo si fosse fermato ancora alcuni giorni all'ospedale, ma spinto dalla necessità del vivere, egli volle assolutamente lasciarci.

Breve istoria di una *frattura* della *tibia* di 5 mesi data, mal commessa e non bene consolidata, guarita con la riduzione graduata e con la pressione diretta sul frammento superiore sporto in fuori; *per* A. DE VITA (1).

1.° — Un caso occorsomi in privato di clinica chirurgica mi porge occasione di mostrare anche una volta l'efficacia degli apparecchi *amovo-inamovibili*, non che della diretta pressione su certe fratture ancor non saldate o mal commesse, sieno pur congiunte alla paralisi mista od atrofica del membro; e quando le qualità della lesione ed i suoi accidenti sembrino a prima vista contrastare le più note risorse dell'arte. Servirà questo esempio ad incoraggiare il giovane chirurgo onde non ismarrisca a fronte delle difficoltà che gli presenta il caso in ispecie, ed a rammentargli in pari tempo che nelle malagevolezze della pratica egli deggia non di rado improntare dal proprio intuito ed ingegno quei semplici e pur efficaci soccorsi che invano si ricercherebbero nei trattati classici della scienza. Proverò dunque con una breve istoria di lesione traumatica quanto sia vero ciò che io dissi altrove in una aforisma del mio trattatello di chirurgia militare

---

(1). Letta nella conferenza scientifica tenutasi il 1.° agosto 1867 presso l'Ospedale Divisionario in Catanzaro.

sulle ferite per arma da fuoco; ed il quale è così concepito. « L'immobilitazione condotta secondo arte, la po-
» stura intelligente del membro o della parte ferita im-
» pediscono i movimenti e contengono nei giusti confini
» le carni offese e le ossa tagliate o frante; fiaccano il
» vigore infiammatorio, i dolori attutano e gli spasmi
» con l'uguale e piacevole pressione, muovono e ridu-
» cono gli umori guasti alla bocca della piaga, avviano
» per di fuori i proietti e le scheggie ossee, tolgono
» ragione alle saccaie ed ai seni fistolosi; francano le
» membra dalle deformità e gli usi ne conservano sem-
» pre che si accompagnino a tempo con l'esercizio gra-
» duato dei movimenti; restringono in fine di molto il
» numero delle amputazioni ».

2.° — Saverio Principe, da Catanzaro, giovane diciottenne, da caldo amor di patria mosso s'involò il caduto anno ai parenti ed agli amici, e corse volontario alle armi che si combattevano nel Tirolo. Addì 16 luglio nella fazione di Condino egli toccò una ferita per arma da fuoco alla regione media della gamba destra, per cui ne rimase di netto la tibia franta sul luogo e stritolata. Raccolto nello spedale di Brescia, fu da principio curato con l'irrigazione continua nell'apparecchio di Sculteto, appresso coi mollitivi e, caduta la infiammazione con fuori-uscita di qualche scheggia, si cercò per mezzo dei caustici di rammarginare la piaga, ciò che non avvenne per le ragioni che si diranno più sotto. Il 27 settembre successivo il ferito lasciò lo spedale a fine di proseguire la cura in casa particolare, dove furono continuate le cauterizzazioni alternate coi mollitivi, e benchè altre scheggie fossero venute fuori in virtù del lavorio suppurativo, nondimeno quando la piaga mostrava di chiudersi, il più piccolo movimento dell'arto era sufficiente a riaprirla. Maninconioso finalmente il Principe di rimanere più oltre fuori di casa, e sotto una cura che facevalo

disperare della guarigione, il 1.° dicembre volle restituirsi in famiglia e nella patria nativa. Poichè passarono pochi dì da che egli fu giunto in Catanzaro, non essendo che un povero operaio e solo vivente col lavoro dell' ago, supplicò questo Comando Generale perchè io ne imprendessi la cura, augurandosi che la mia assistenza ed i miei consigli avrebbero per lo meno migliorato le sue deplorevoli condizioni.

3.° — L' invito del signor generale Amulfo e la pietà che mi scaldava per il generoso combattente del Tirolo mi resero gradito e prezioso l' offertomi assunto, ed appena vistolo mi feci da principio ragionevolmente ad investigare la natura e la qualità della lesione per iscoprire il vero e reale impedimento di salute. Ecco in breve lo stato della lesione: l' arto inferiore destro talmente rissecchito da non raggiungere in volume la metà del sinistro od omonimo; completa anestesia cutanea del medesimo, sì che i più gagliardi pizzichi non erano sentiti; la gamba piegata permanentemente sulla coscia ad angolo ottuso per la forzata contrazione dei muscoli flessori; il frammento superiore della frattura sporto in avanti avanzava il sottano od inferiore per cinque o sei millimetri circa, in forma di scaglione o di orlo tagliente, e sovrastavale una cicatrice mendace ed ingannevole covante di sotto la piaga, come argomentare lo facevano i suoi caratteri, essendo sottile, tenera, fluttuante e di colore turchiniccio, non maggiore in dimensione al diametro di un soldo comune; il piede corrispondente a volta a volta si gonfiava. Essa cicatrice, a detto del paziente, ordivasi a stento col lungo riposo dell'arto, ma non tardava a riaprirsi tostochè nel muoversi egli fosse costretto a trascinarsi appresso sospesa la gamba.

4.° — Dai caratteri anatomo-patologici testè passati in rassegna, di leggieri s' intende come fosse impossibile la cicatrizzazione di una piaga, di continuo tormentata dalla

sporgenza acuta del frammento tibiale superiore, e forse ancora da altre scheggiuzze che si trovavano per avventura incassate nell'osso disotto, ed i fatti susseguenti il dimostrarono, e che il lento lavorio della suppurazione non era abbastanza per distaccarle. Ignoro se per negligenza o per la fatale necessità dell'affollarsi di molti feriti negli ospedali e nelle ambulanze dopo le mischie non fosse applicato all'arto del Principe, ricomposta previamente la frattura, uno apparecchio più accomodato d'immobilitazione che non fu certamente quello di Sculteto. Se non era ciò omesso, la guarigione della ferita sarebbe riuscita intera ed in breve tempo ottenuta. Per contro abbandonati i frammenti della tibia agli istintivi o volontarii movimenti in ragion composta della loro deviazione e delle trazioni dei muscoli propellenti, non cessa lo spostamento, le scheggie rimasero sporgenti frammezzo alla stroncatura, si perpetuò la suppurazione, e non venne mai a termine una soda e durevole cicatrice. La flessione della gamba sulla coscia per il continuo tirare dei muscoli flessori si accentuava da vantaggio, non impedita dai muscoli antagonisti; mentre che la ferita, la contusione o la commozione sofferta dai nervi misti dell'arto aprivano la via alla paralisi di esso, manifesta per la quasi completa anestesia e dal vistoso dimagramento.

5.° — Due erano le medicazioni che a bella prima si pararono alla mia mente e le sole permesse; ed intendevano a raddrizzare l'arto anchilosato, ed a livellare i frammenti scomposti: la resigazione della sporgenza ossea, o la postuma riduzione della frattura. Serbai la prima ad estremo espediente, siccome atto operativo lungo e doloroso, nè scevro da accidenti; e mi affidai del tutto alla seconda, augurandomene la felice riuscita dalla considerazione che il callo in cammino era ancor tenero ed io aveva fra mano piuttosto una spostatura che un reale accavallamento della tibia dirotta. Però contrastavano la chirur-

gica medicazione il già ben avviato coalito e la salda retrazione della gamba, e perciò dovendo rinunciare alla violenta ed istantanea ricomposizione dei frammenti, contro la quale sarebbe riuscito vano ogni sforzo, io mi risolsi invece di procacciarla gradatamente, con l'opera del tempo, in apparecchio accomodato e congiunta alla pressione diretta sulla sporgenza dell'osso. Innanzi tratto mi feci ad immobilitare la gamba ferita con gambale imbottito ed amidato, disteso dal garretto sino alla noce del piede, avvisando che sino a quando il paziente per casa e per fuora appresso a lui l'arto sospeso trascinasse, il solo peso di esso ed il soffregar della stroncatura avrebbero sempre tenuto deviati i frammenti ed impeditane la regolare coesione. In pari tempo immaginai un mezzo sospensivo della gamba misto a pressione diretta sulla parte offesa, foggiandolo sul legame omero-tibiale di Mayor, il quale mentre all'arto intero vietasse ogni scossa o movimento, per il peso e resistenza di questo premesse sulla sporgenza morbosa, al ferito concedendo di vacare sulle grucce alle proprie facende, raccomandandoglisi giornaliere passeggiate. L'apparecchio componevasi di una staffa di cuojo venti centimetri larga che abbracciando il mezzo della gamba di contro alla stroncatura vi si allacciava con le fimbrie di essa, venendo quindi sospesa per mezzo di lunga correggia a tracolla sostenuta dall'omero opposto. Per l'uso di detto apparecchio accadeva che la gamba anchilosata appoggiasse ad agio sulla staffa, e questa di converso premesse sulla sporgenza per il peso della gamba e la contro estensione esercitata sulla spalla.

6.° — Le previsioni non rimasero deluse. Dopo circa 15 dì fu uopo rimuovere il gambale amidato a fine di mutarne l'ovatta, fattasi fradicia per la marcia gemuta dalla riaperta piaguzza, il cui grave lezzo ne fece la spia e presso la quale si rinvenne una scheggetta lineare, acuta e lunga 5 centimetri; la sporgenza era già rien-

trata per due millimetri. L'apparecchio disseccato di dietro il polpaccio, ripulito e divenuto bivalve, si riapplicò sulla gamba, medicata a secco previamente la piaga con faldella di filaccia. Di là ad 8 giorni si riaprì l'apparecchio ed ebbesi a riscontrare un'altra scheggetta meno lunga, più larga e voluminosa della prima; poca marcia; la piaga ristretta ed inchinata a sicura cicatrizzazione; di altri 3 millimetri ridotto il frammento superiore tibiale: era raggiunto quasi lo scopo. Si rimise la gamba nell'apparecchio, affidandosi il complemento della cura al *ligame a staffa* ed al tempo. Finalmente dopo 12 giorni fu rimosso il legame, poi chè la piaga fosse già solidamente saldata, quasi per intiero livellata la frattura, vinta la flessione forzata ed il ferito potesse il piede a terra poggiare senza nessuna pena o pericolo. Ora interessava esercitare i movimenti dell'arto. Eccomi da ultimo al bilancio, o resoconto, della cura praticata nella lesione del Principe e dei risultati che se ne ottennero, potendosi essi sulla di lui persona verificare mettendo a fronte le condizioni presenti con le passate. La piaga è chiusa per sempre, il callo è sodo ed aggiustato, la sofferta frattura non si presume se non da un leggiero avvallamento, sparita la flessione forzata sulla coscia, l'azione dei muscoli estensori equilibratasi con quella degli antagonisti-flessori; restituitasi all'arto in parte la sensibilità, altro non resta se non a combattere l'atrofia ancora appariscente dell'arto e la debolezza seguitane per la diminuita contrattilità muscolare, la sola e vera ragione perchè il giovanetto non possa ancora da sè lungi gittare le grucce, comunque non gli sia tolto, quando il voglia sforzatamente, da un luogo ad un altro portarsi sorreggendosi ad un bastone.

7.° — Contro la paralisia atrofica e l'infievolimento dell'arto molti e varii sono i presidii curativi dall'arte suggeriti, e qui non giova per punto annoverarli, e nem-

meno ad uno ad uno imprenderne le prove, come gli empirici fanno, poichè la medicina razionale confortata recentemente da incontestabili sperimenti ci apprendano essere il più efficace e poderoso fra quelli la faradizzazione locale dei nervi misti, sieno essi stati per avventura contusi, scommossi o recisi. La felice influenza dell'agente elettrico per induzione nelle paralisi traumatiche nessuno oggi pone in dubbio dopo gli studii e le luminose sperienze del Duchenne e di altri jatroelettrici di fama. Il ritorno della sensibilità lungo i nervi periferici, la migliorata condizione nei movimenti e nella nutrizione dell'arto, la natura della paralisia nel caso speciale inducono fondatamente la fiducia della completa guarigione. Ma poichè non si trova nel paese e nello stabilimento nessuno apparecchio elettrico di induzione od altra macchina accomodata al bisogno; e dovendosi perciò rinunciare all'efficace e virtuosa influenza di un tale mezzo, fu in quello scambio pensato di proporre il Principe alle acque termo-minerali d'Ischia, le quali pur varranno, giova almeno sperarlo, con la loro azione eccitante, a restituire per intiero la sopita vitalità dei nervi, a rimpolpare i muscoli dell'arto ed a ridonare loro la scemata contrattilità delle fibre. E poichè saranno distrutte e dileguate le ultime reliquie dell'onorata ferita, e con essa le afflittive rimembranze, la medaglia dei prodi che gli splende sul petto ricorderà ai suoi compatriotti che anche ferito e sanguinante sulle aspre vette del Tirolo, l'ardito volontario non desisteva dal combattere e dal ferire gli antichi nemici d'Italia (1).

Catanzaro, 15 agosto 1867.

---

(1) *P. S.* Dopo due mesi da che era scritta la presente Relazione, venne solamente jeri a sera, e di nuovo osservato l'arto offeso del Principe. Fu piacevole la sorpresa notando essersi

Studj medici sulle febbri; *del dott.* **DOMENICO ANDREA RENIER**, *di Chioggia. Sezione IV, da Brown sino a noi.* (*Continuazione della pag.* 171 *del vol.* 194).

Broussais. — Volendo trasportare il nostro sguardo oltre alpi, noi ci sentiamo attratti da un genio grande, figlio di popolo di stirpe latina, nostro fratello, e risplendente così d' intelletto come d' impero. Seguitando l' epoca che abbiamo lasciato quando tenemmo parola del Pinel, troviamo un grande medico pratico e teorico molto benemerito alla sua patria ed alla repubblica medica.

Questi, gigante, atterrò, distrusse, fece risorgere dogmi conosciuti, e presentò fatti sotto un aspetto artistico e scientifico di utilità. — E se noi non lo potremo appellare inventore, lo diremo certo illustre coordinatore: che che ne dicano menti sofistiche, beffarde, ghignose e sprezzatrici di tutto:

« A Dio spiacenti ed a' nemici sui ».

Questo illustre è Broussais Francesco, Giuseppe, Saverio, onore della Francia. Nato nel 1772, di grande intelligenza e focoso, abbracciava la vita militare; poscia quella dello studio della medicina. — Ritornato nel 1799 a Parigi per completare i suoi studii, ebbe per precettori gli illustri Chaussier, Pinel, Cabanis, Bichat. — Medico

---

restituito alla natura la complessione e volume, avere quasi per intero la libertà dei movimenti, e tutta quanta la sensibilità. Nel luogo corrispondente alla frattura la cicatrice trovavasi, come pur oggi si vede, in minima parte riaperta ed appena bagnata da un certo siero sottile e rossigno; accidente che sarà per essere tolto dalla ripresa del noto legame a staffa, o dalla virtù medicatrice delle Terme.

nel 1803, partiva coll'armata e percorrea i Paesi Bassi, l'Olanda, l'Alemagna, l'Italia, la Spagna, studiando ed esercitando sempre negli ospitali.

Primo risultato fu l'opera sua sulle *Infiammazioni croniche*, la quale, quantunque non senza mende dal lato patologico e terapeutico, pubblicata nel 1808, sarà sempre un grande saggio del suo spirito osservatore.

Secondo frutto fu il suo celebre *Esame delle dottrine mediche*, pubblicato nel 1816, dove si vede l'uomo conoscitore della verità;

« Che 'l perder tempo, a chi più sa, più spiace ».

Rimarchevole è anche la sua *Fisiologia*, non che la sua *Patologia e terapia generale*. Acuta è la sua opera sull'*Irritazione* e la *follia* pubblicata nel 1828, e che dopo la sua morte (1839) venne ristampata, rifusa in gran parte sopra le basi del sistema di Gall, da esso lui tanto stimato, e così dalla sua possente parola splendidamente insegnato, da fargli decretare da' suoi studenti entusiastici una medaglia d'oro coll'inscrizione: *All' illustre autore della medicina fisiologica e dei corsi di frenologia, i suoi discepoli riconoscenti*, 1836.

Tanto egli era filosofico, elegante, brioso nelle sue lezioni, e nutrito ai severi studj, che molte volte fece credere e tenere per nuove cose vecchie, e proprie le altrui. Così bene seppe egli apprenderle e digerirle; e tanto seppe convertirle in sè stesso, o sè stesso in quelle!

Siccome nel suo trattato dell'*Irritazione* e della *Follia* troviamo le basi della sua teorica e le fondamenta quasi rifuse, così da essa ne trarremo i principj. — Secondo essolui la voce *irritazione* presenta al medico l'azione degli *irritanti* e lo stato delle *parti viventi irritate*. Si chiamano *irritanti* tutti i modificatori della nostra economia che *esaltano* l'*irritabilità* e la *sensibilità* dei tessuti vivi, e che portano tali fenomeni al di sopra del grado normale.

La voce *irritazione* quindi è applicabile a tutti i corpi vivi, poichè sono tutti dotati di *irritabilità;* ma in medicina non la si adopra che per indicare l'*esaltazione anormale* di tale *proprietà vitale* o di quella della *sensibilità.*

La *sensibilità* appartiene all'*io* nell'uomo arrivato ad un certo grado di sviluppo; ma l'*irritabilità* è propria di tutte le fibre del corpo. — Una parte offesa da un corpo straniero puote pruovare movimenti senza che l'*io* ne abbia la coscienza; ma se l'*io* prova modificazione, in tal caso l'uomo dice *io sento.* Havvi quindi *sensibilità* poichè havvi *irritabilità;* quella quindi non sarà che conseguenza di questa. In altri termini, per essere *sensibile* converrà essere *irritabile.*

L'*irritabilità* appartiene a tutti i viventi, dal vegetabile all'uomo, mentre la *sensibilità* è propria degli animali; non è continua e non si manifesta che a condizione di un apparecchio nervoso unito in un centro (cervello), e di uno stato particolare di tale apparecchio.

La facoltà, di un tessuto vivente, di sentire l'impressione di uno stimolo, senza la coscienza animale, la si era elevata a *proprietà;* la si era nominata *sensibilità organica.* Ma come che il movimento del tessuto stimolato è il *solo fenomeno apparente:* e siccome non si dice mai che il tale tessuto ha sentito se non perchè si è mosso: siccome infine la voce *sentire* non può ormai rappresentare altra cosa che una funzione cerebrale; così la *sensibilità organica* non resta che un'*astrazione* superflua, non ammissibile nella lingua severa di un fisiologo filosofo, ed entra nella voce *irritabilità.*

Le voci *eccitazione, stimolo, eccitanti, stimolanti*, indicano le condizioni normali, le quali se sortano dai limiti naturali, vengono cangiate in quelle di *irritazione* e di *irritanti.*

E qui prima di passar oltre non possiamo a meno di

considerare, che se il Broussais avesse chiamato *irritanti* le sole sostanze che portano al di sopra del grado naturale i movimenti della fibra; ed appoggiato in certa guisa alla *irritabilità Halleriana*, avesse nominato *irritazione* lo stato esaltato e morboso dei movimenti di essa; ancor ancora egli sarebbe stato in qualche modo attaccato al valore di una voce in allora messa ed accettata dall' uso per la fibra muscolare. Ma siccome molti altri tessuti sono anch' essi dotati di movimenti, abbenchè non constino di fibra muscolare, così noi la diciamo inesatta nel senso del Broussais, vale a dire come comprendente anche la *sensibilità organica*.

Secondariamente se il Broussais ebbe a scrivere che havvi *sensibilità* perchè havvi *irritabilità*, noi potremo rovesciare l' asserto e dire: che se nelle parti vi è movimento, egli vi esiste perchè le parti sentendo l' azione degli agenti interni ed esterni si muovono; donde se le parti si muovono lo fanno perchè sensibili. Ed in fatto egli stesso disse, che noi diciamo che un tessuto ha sentito solo perchè si è mosso.

Le voci *irritazione* ed *irritanti* dell' illustre francese corrispondono a quelle di *stimolo* e *stimolanti* degli italiani, i quali, ritenendo l'*ecitamento* e gli *eccitanti* come voci spettanti ai sani, affibbiarono quelle di *stimolo* e *stimolanti* ad uno stato preternaturale; e quelle di *irritazione* ed *irritanti* a quanto spetta a potenze per natura loro straniere e nemiche. Avendo così trasportato nel linguaggio medico voci già usate moralmente e nello stesso senso.

Non si creda però che la voce *irritazione* sia stata trasportata dall' uso comune in quello di medicina solo nei tempi recenti; poichè dai medici dei passati secoli la troviamo abbondantemente usata, e specialmente presso i medici che tennero in molto conto gli umori. — Essi dicevano che gli *acidi*, gli *alcalini*, ecc., preternaturali,

potenze straniere e nemiche al nostro organismo, lo *pungevano*, lo *urtavano*, lo *irritavano* in quella o quell'altra parte; in quello o in quell' altro viscere, ecc. — Così, p. e., il Beccari, prof. in Bologna, che fioriva sulla metà del secolo scorso, nel suo consulto 201 per un' asma, scrivea, che la causa non era *umorale* poichè non esisteva nessun umore straniero: non *convulsiva* perchè non v' era motivo onde *sospettar d' alcun principio irritante, il quale o portato al medesimo polmone od a qualcheduna delle parti, e principalmente nervose, che in qualche modo con esso concorrono alla respirazione, potesse cagionarvi spasmodiche angustie e stirature.* Nè diversamente usava tal voce il celebre Cocchi; nè l'Hoffmann; nè il Baglivi e tanti altri. Ed in vero cosa è lo sdegno, cosa il furore dell'Archeo dell' Helmont, che succedevano allorchè una potenza straniera avea penetrato e violato il terreno vitale?

L'illustre nostro francese, per dir vero, facendo la storia dell'*irritazione*, ebbe già dichiarato che prima a metterla in campo era stato il Van Helmont, quando dava l'idea dell'infiammazione; perciocchè ivi secondo lui un fermento, che stava sempre a disposizione dell'Archeo, *irritava* i tessuti, chiamava il sangue, ecc. — Ma noi già ebbimo veduto l'erroneità di questa idea; poichè il Ballonio che lo avea preceduto di ben mezzo secolo, avea opinato egualmente; e non per propria invenzione, ma dietro la massima antica *ubi dolor ibi fluxus*, così egregiamente spiegata nel suo meccanismo dal celebre Mercuriale.

E parlando della scuola italiana abbiamo accennato che la voce *irritazione* non dovea significare diversamente da quanto i Greci espressero colla voce *eretismo*.

Nè spiaccia che a corroborare ed a mostrar chiaramente la nostra premessa, portiamo quanto il Fuchsio, ben anteriore al Ballonio di quasi otto lustri ed a Mercuriale di sei, scrivea sopra questo argomento.

Là dove il Galeno (« De sympt. Cons. ») scrive: « Siccitas vero rursus immoderatior, ac calor, velut in » phrenitide, propter humorem quempiam mordacem et » calidum, vel *irritationes,* vel *vigilias,* quae neque per » tristitiam, neque curas consistunt, inferre solent ». (Trad. del Fuchsio); il celebre bavarese così osserva:

« Avendo il Galeno esposto le cause del sonno e dello » stupore, si mette poscia a spiegare le cause dei sintomi » contrarii; delle veglie e delle *irritazioni.* Come la fred- » dezza e l'umidità sogliono ambedue apportare sonno e » stupore; così la siccità e lo calore, smodati, eccitano » le veglie e le *irritazioni.....* Che possano le veglie e » le *irritazioni* essere eccitate dal calore e dalla sec- » chezza, lo insegna coll' esempio della frenitide, nella » quale il sangue caldo, bilioso e molto *mordace,* pro- » duce senza dubbio i sintomi suddetti.

« Per la qual cosa la causa di tali sintomi non sarà » da attribuirsi al travaglio ed alla tristezza. Del resto » per *irritazioni,* da Galeno chiamate ἐρεθισμούς, dobbia- » mo intendere *i movimenti frequenti e diversi* ..... » che Galeno stesso altrove nomino πολυκινησίας. Insom- » ma l'*irritazione* è ciò che sta diametralmente all'igna- » via detta dal celebre patologo νωθρότητα.

Ora chi è che non vede che l'idea dell' *eretismo* e dell'*irritazione* trasportata all' organismo non può altro esprimere che un'*esaltazione od un disordine di movimenti* sollecitata da qualche causa *nemica straniera* che aizza le parti? Ma siccome una tal voce esprime i movimenti impetuosi e disordinati dell' organismo in generale, e non quelli soli di relazione; così essa sarà applicabile tanto alla facoltà *animale* quanto alla *naturale,* la quale comprende le funzioni *attrattrice, ritentrice, alterante, espellente;* e quelle ancora della facoltà *vitale* appartenente al sistema *cardiaco-vascolare;* conciossiacchè se lo stromento *animale,* secondo i libri

antichi, vien fatto dagli organi del *senso* e del *moto volontario*, pei quali l'animale differisce dal non animale, gli stromenti *naturale* e *vitale* vengono costrutti dall'*arteria*, dalla *vena*, dai *visceri* e da tuttociò che ordina ed apparecchia pella nutrizione.

Per la qual cosa nella dottrina del Broussais noi non troviamo novità alcuna, se non quella di aver dato ad una voce un senso diverso da quello inteso già ed ammesso, cominciando dagli antichissimi ed arrivando fino alla scuola italiana.

Ciò per altro non sia creduto che lo diciamo per togliere il merito all'illustre professore, ma solo per nostro pieno convincimento; essendo d'altra parte sicuri che ben pochi francesi abbiano concepito tanto rispetto e tanta stima pel celebre uomo, quanto noi stessi. Ma *una è la verità ed immutabile.*

L'azione degli oggetti, secondo il celebre professore, si eseguisce non solo sulle superfici esterne, ma eziandiò sulle interne; e più precisamente sul sistema nervoso in esse distribuito. Esse vengono dette dall'Autore *superfici di rapporto.* Le azioni ivi portate vengono trasmesse all'apparecchio nervoso, il quale o per mezzo dei nervi soltanto, o del cervello, o del midollo spinale le riflette nella trama di tutti i tessuti, senza eccettuare le *superfici di rapporto.* Per la qual cosa queste due superfici sono fra due agenti eccitanti, gli oggetti esterni, ed il cervello od il midollo.

Donde si hanno potenze eccitanti o stimolanti che producono eccitamento convergente sui centri e divergente da questi: eccitamento portato dal moto di tutti i fluidi assimilati o no: influenza degli organi gli uni sugli altri a mezzo del cervello o dei nervi.

Potenze stimolanti sono pure i cangiamenti molecolari degli umori; lo sviluppo del calorico che si effettua in ragion diretta della *ricchezza dell'innervazione, della*

circolazione, dell' azione e dello sviluppo dell'elettricità vitale:

Idee certo non nuove, che il celebre Gallini professava fra noi molti anni prima, ma non il primo, e che trovavano un forte propugnatore nel celebre Cabanis.

Ma che dico mai di questi celebri luminari recenti? Il Willis forse non avea chiaramente professato che molte affezioni derivarono da stimoli e da irritazioni portate sulle estremità nervose esterne ed interne? E cos' era mai la *malinconia ipocondriaca* degli antichi, se non se un' affezione encefalica mossa da preternaturalità dei visceri ipocondriaci? E cosa era mai la *epilessia simpatica* conosciuta fino dalla più alta antichità? E l'anima *concupiscibile* e l'*irascibile* di Platone non esprimevano forse il senso interno derivante dai visceri ipocondriaci e cardiaci? Ecco quindi fino a dove rimontano i semi di tali idee che certo furono più cospicuamente determinate e sviluppate di mano in mano che l' anatomia e la fisiologia ebbero rischiarato la nostra organizzazione colla loro risplendente face.

Il nostro celebre francese ammette la *contrattilità* nelle fibre tutte indipendentemente dal sistema nervoso, e legata alla loro organizzazione. Che la sostanza animale sia sotto forma *fibrinosa, gelatinosa*, od *albuminosa*, non monta; la *contrattilità* non vi manca.

Ma lasciando il suo Trattato sulla *irritazione* e la *follia* e portandoci al suo *Examen*, troviamo che « l'*assimilazione* è un fenomeno di primo ordine che non » saprebbe spiegarsi per l'azion della *sensibilità* e *contrattilità*.... ch' egli dipende in primo luogo dalla affinità della chimica viva; in secondo luogo dall'esercizio » della *sensibilità* e della *contrattilità* ». Prop. 20, 21.

Ove si vede che l' Autore quantunque creda che le funzioni *naturali e vitali* dipendano intieramente dalla *sensibilità* (proprietà dell' encefalo) e dalla *contrattilità*

(proprietà di tutti i tessuti), vengano però mosse da quella prima facoltà per cui la *pietra calamita* attrae il ferro; e poscia restino mantenute da una *sensibilità latente* e connaturale ad ogni fibra come lo è la *contrattilità*. E tali facoltà ambedue unite, comprese nella voce *irritabilità*, messe in atto più o meno dall'esercizio delle mutue affinità dei fluidi circolanti e dall'esercizio di altre funzioni di simpatia e di antagonismo, costituiscono le predette antiche funzioni naturali e vitali.

Ivi troviamo che la *malattia* risulta dalla *irregolarità di funzioni* Prop. 67, per cui la si confonde facilmente coi sintomi. — Là troviamo che l'*irritazione* si manifesta sotto *qualtro forme* principali: quella di *nevrosi;* quella di *infiammazione;* quella di *emorragia;* quella di *subinfiammazione* (Exam., ediz. 3.ª, p. 523). — Notisi bene però che l'*irritazione non ha durata nè corso fissi*, § 97.

Quando l'*irritazione* accumula sangue in un tessuto, con tumore, rossore e calore straordinario, capaci di disorganizzare la parte, tale stato porta il nome di *infiammazione*. Prop. 11.

Le *irritazioni* intense di organi trasmesse al cuore, precipitando la sua azione ed aumentando la circolazione, ed aumentando il calore, producono ciò che dicesi *febbre*. Prop. 111.

Donde la *febbre* non è che un risultato di un'*irritazione cardiaca primitiva e simpatica* (Prop. 112). — Ogni *irritazione* intensa così che produca la *febbre*, è una *lieve differenza* dell'*infiammazione* (p. 113). — Tutte le *febbri essenziali* degli autori si riferiscono alla *gastro-enterite* semplice o complicata (p. 139). — L'*irritazione morbosa* può essere *continua* in un apparecchio ed *esacerbarsi periodicamente*. Quand'è moderata non eccita che poche simpatie: quand'è esacerbata ne sviluppa un gran numero: ciò che costituisce le *febbri*

remittenti, le *subintranti*, ecc., degli autori (pag. 219). — Le *irritazioni intermittenti* e *remittenti* sono sempre accompagnate da esaltazione di sensibilità e di contrattilità, e perciò da congestione sia nel luogo protopatico, sia nei luoghi di simpatia (p. 220). Le *irritazioni intermittenti* e *remittenti* sono sempre flemmassie, emorragie, nevrosi, o subinfiammazioni che si spostano e terminano spontaneamente per metastasi critiche; se cessano di spostarsi, si trasformano in flemmasie, emorragie, nevrosi, o subinfiammazioni continue acute o croniche (pag. 221). — Le *febbri intermittenti e remittenti* sono *gastro-enteriti periodiche* (p. 222). — Ogni accesso regolare di febbre intermittente è il segnale di una gastroenterite, la cui *irritazione* va poscia trasportata sugli esalanti cutanei, ciò che dà la crisi. Se l'*irritazione* non si sposta completamente, si ha una febbre remittente. Se non si sposta affatto, la febbre si fa continua (223). — Le febbri larvate sono *irritazioni periodiche* di differenti apparecchi e sistemi, interni od esterni, nelle quali il cuore è meno influenzato, ed il calore generale poco o punto (224). — Le *perniciose* non differiscono che per la violenza e pel danno delle congestioni (225). — La causa della periodicità di certi dolori e di certe convulsioni che si ripetono per lungo tempo non è conosciuta (228).

Prendendo in esame il suo *Corso di patologia e terapia generale,* non spiaccia letteralmente considerare di nuovo quanto l'illustre prof. ci dice sulla sua prima idea dell' *irritazione.*

« Il corpo, stimolato, in una certa misura da agenti » conformi, agisce in modo normale, si compone e si de- » compone, e vive in armonia. Ecco l' idea la più gene- » rale dello stimolo che non è minimamente *irritazione.* » Se il corpo è stimolato oltre la suddetta misura, o da » agenti non conformi, le sue funzioni restano disordi-

» nate e diventano anormali: i fenomeni di composizione
» e di decomposizione deviano e formasi lo stato morbo-
» so. Se alcuno voglia negare ch' egli sia per essere stato
» *troppo stimolato*, o *troppo poco*, od *in modo non con-*
» *forme*, che il corpo divenga ammalato, io *non muo-*
» *verò contese*. Io mi accontenterò di dire: se il corpo è
» ammalato, io non posso intenderlo che per una irritazio-
» ne, che per uno stimolo differente da quello che ha luo-
» go nello stato normale; e che per me assume il nome
» di *irritazione*, ovvero per una diminuzione dello stimolo
» normale al disotto del suo grado abituale. — Perchè
» mò, forse mi si domanderà, pretendete voi di non po-
» ter conoscere altrimenti tale stato? Ciò dipende dal
» fatto che egli è il solo movimento che colpisce i miei
» sensi. Poco importa per dove la causa morbosa sia ar-
» rivata; la malattia non diventa un frutto indubbio pel
» mio intelletto che per l'*aumento*, o per la *diminuzio-*
» *ne*, o l'*anomalia* dello stato di stimolo. — L'aumento
» è una *irritazione;* la diminuzione, una *sotto-eccita-*
» *zione;* l'*anomalia* .... vedremo ciò ch' è. Per la qual
» cosa l'*irritazione* in *più* od in *meno*, e l'*irritazione*
» *anormale*, ci forniranno la diagnosi delle malattie e
» ci guideranno nel loro trattamento. Questa *irritazione*
» ci dirà, nelle malattie irritative, quale sia l'organo
» primitivamente affetto; quale lo sia secondariamente;
» e quale sia l'azione delle nostre medicine. — Quelli
» che hanno veduto trattare ed hanno trattato tali ma-
» lattie, possono richiamarsi che se il medicamento abbia
» prodotto vantaggio, l'ammalato è meno irritato; e che
» egli lo è, al contrario, di più se la medicina sia stata
» svantaggiosa.

» Dove vi si presenta l'*irritazione?* quali sono i tes-
» suti che ce la mostrano? Noi la vediamo prima nelle
» parti mobili, non incrostate di sostanze saline. Più vi
» sarà di nervi e di vasi sanguigni capillari in una par-

» te, e meglio ve la distingueremo; soprattutto se la parte » stessa fosse esterna. Ma se poi fosse nascosta, se il pri» mo movente del fenomeno che osserviamo non fosse » sotto i nostri occhi, come che arriva nelle malattie » interne, per qual modo conosceremo noi l'*irritazio-* » *ne?* Noi la riconosceremo per quei *fenomeni* ch' essa » ha costume di produrre quand' è visibile, e che sono » per noi come la sua *ombra.* Egli è perciò che comin» cieremo dallo studiare il corpo esternamente, per fa» migliarizzarsi coi suoi fenomeni.

» Ma, prima di procedere, voi ci domanderete, forse, » che vi parli dei fluidi. — Io vi acconsento tanto più » volentieri che in questi tempi è meno permesso di tra» scurarli; pel motivo che *non può nascere modifica-* » *zione nei solidi senza che i fluidi vi partecipino;* » perciocchè questi sono essi che, *cangiando di stato,* » *si trasformano in solidi;* e pella ragione ch' egli è » *pel rapporto dei fluidi coi solidi* che si operano tutte » le secrezioni normali e anormali, e tutte le trasfor» mazioni della materia animale; e conciossiacchè tutte » le volte che il corpo sia in istato morboso, i fluidi sieno » alterati, ecc. — Osserviamo se tali alterazioni, che » sono indubbie, possano fornirci mezzi di riconoscere le » malattie.

» I fluidi possono servire di veicolo alle cause mor» bose. I *virus,* quelli almeno la cui esistenza non può » esser negata, come il vajuolo ed il vaccino, che cono» sciamo per deduzione, penetrano il corpo per mezzo dei » fluidi; ciò è senza dubbio. Ma fino a tanto che non sono » che nei fluidi, non si avrà segno di malattia; e la sola » loro presenza nei fluidi non costituirà certo una ma» lattia. Essi entrano tanto in una persona il cui corpo » *non soffre minimamente,* che in quella che ne prova » un disordine. Oserete voi dire che i fluidi d' una per» sona sieno alterati prima che il senso ed il moto ve

» ne dieno l'avviso? Non è forse certo che degli indivi-
» dui *non s'infettano punto pel vajuolo e pel vac-*
» *cino?*

» Esaminiamo altri virus, quelli per es., delle affezioni
» *tifoidee* prodotte da miasmi putridi. Dite forse che il
» sangue delle persone *che non ne sono punto inco-*
» *modate, e che nullaostante li assorbono per tutte le*
» *vie,* sia alterato quando non differisce minimamente dal
» sangue reputato il più sano? Voi vedete tuttodì degli
» individui che assorbono i gaz più fetidi, e che li ren-
» dono per respirazione, per eruttazioni, per mezzo del-
» l'aria che va per la parte inferiore, per la pelle, in
» modo da infettare quelli che li avvicinano, e che nulla
» ostante non sono ammalati. — Onde essi lo divengano,
» conviene che nasca un disordine nell'azione dei solidi,
» ed è l'*irritazione* che ve ne dà il segnale, ed è solo
» allora che esiste la malattia . . . . .

» Riassumo: senza disconocere l'alterazione dei fluidi
» nelle malattie, e convenendo che il corpo abbia comin-
» ciato per esser fluido: senza pretendere che l'*irrita-*
» *zione sia la causa unica* delle malattie, *cosa che non*
» *ho mai detta* e che *nessun fisiologo vero ebbe avan-*
» *zata:* senza negare che una causa morbifica possa ri-
» siedere nei fluidi, quantunque nulla ancora la manife-
» sti, noi diciamo che l'*irritazione deve essere in pa-*
» *tologia la nostra guida,* e che noi ne abbiamo bisogno
» di essa come *mezzo diagnostico,* e come *regola tera-*
» *peutica,* e come *segno* dei cangiamenti che avvengono
» nelle malattie. Essa è la fiaccola alla luce della quale
» il medico deve marciare. *Ecco la mia professione di*
» *fede sull'irritazione* ».

I tessuti nei quali si manifesta l'irritazione, e che ci danno l'idea di essa sono due: I. Il sistema nervoso, diviso in tessuti nervosi centrali, in nervi sensitivi e motori, ed in nervi gangliari. II. Il tessuto vascolare che

si divide in vascolare sanguigno, in vascolare linfatico, suddivisi in tessuti assorbenti, ganglionari, secretori ed escretori, areolari e sierosi. — Hannovi ancora i tessuti erettili che risultano del vascolare, del nervoso, del linfatico e qualche volta del secretorio.

Prima però di procedere, crediamo di rimarcare l'uniformità delle idee e delle espressioni del celebre francese con quelle del Tommasini, tanto rispetto alla difesa della considerazione che deve aversi dei solidi, quanto sulla professione di fede. Idee messe in voga tante volte, e tante volte combattute e difese. Noi quindi non le diremo del Broussais, come non le diremo del Tommasini; poichè diremmo errore. Ed in fatto uno dei luminari della medicina pratica e molto stimato dal Broussais stesso, fu grande propugnatore di tali dottrine. Vogliam dire il grande Baglivi, a pochi certo secondo.

Ed allorchè il medico francese diceva che la via da seguirsi, pel ritrovamento del morbo, era il linguaggio dei sintomi, *ombra* del morbo; e stava nel valutare le affezioni interne ed invisibili confrontandole colle esterne e visibili; quanto non mostravasi egli discepolo vero delle antiche dottrine?

E tale riflessione sia solamente fatta onde mostrare la verità di quanto dissi, parlando degli antichi; vale a dire che la medicina fisiologica ha le sue radici ed i suoi cardini nella medicina antica; e per mostrare come l'illustre Gallo abbia convertito le vecchie dottrine in sè stesso, o sè stesso in quelle. Seguitiamo.

« L'*irritazione* può accantonarsi in ciaschedun tes-
» suto in una maniera veramente meravigliosa, estender-
» si, svilupparsi, trasportarsi di luogo, causare una folla
» di fenomeni di cui cercherò di presentarvi una detta-
» gliata idea.

» Nei nervi l'irritazione produce dolori, convulsio-
» ni, esaltazione delle facoltà intellettive e, progredendo,
» la loro abolizione o la loro anomalia.

» **Nell'apparecchio sanguigno produce la congestione**
» **sanguigna, il calore aumentato, alterazioni dei liquidi**
» **e dei solidi. Nei tessuti non sanguigni genera la con-**
» **gestione non colorata di sangue con la temperatura**
» **elevata; e la condizione morbosa è meno attiva di quella**
» **dei capillari sanguigni.**

» Io però *non penso che ogni congestione sia pro-*
» *dotta necessariamente da una irritazione, o che sia*
» *necessaria sempre una irritazione per produrla.*
» Essa può essere causata da *un ostacolo* al movimento
» dei fluidi; e qualunque sia la causa che li trattengano
» nella parte, essi *irritano quasi sempre più o meno.*
» — La congestione può aver luogo per *difetto di con-*
» *trattilità:* allora è minore. — Essa può arrivare dal
» *predominio delle leggi fisiche sulle vitali,* come si
» vede sulla fine delle malattie . . . . .

» Ora voi che avete un' idea sommaria dell'*irrita-*
» *zione* considerata localmente, conviene che sappiate che
» *essa si trasmette;* e che, *nata in un punto, si tra-*
» *sporta ad altri.* Ma se voi trovaste che tale maniera
» di dire non sia conveniente, diremo che all'occasione
» che nasce un' irritazione in un punto, ne accade un'al-
» tra altrove. Questo è un *fatto primo* che nessuno può
» contestare. Veggiamone altri.

» Il sangue in moto per un' *irritazione,* sopratutto
» per quella del cuore, può accumularsi in altri organi;
» e se essi sono disposti a tenerlo, vi si formano *con-*
» *gestioni secondarie.*

» I fluidi *alterati* dall'*alterazione* di un organo o di
» un apparecchio, *possono,* penetrando gli organi, svilup-
» parvi un' *irritazione.* Ciò arriva quando le radichette
» venose o linfatiche bevono in qualche focolare di de-
» composizione di pus o di altra materia irritante e la
» trasportano nell'economia . . . . .

» Quando havvi *irritazione,* certi fluidi si arrestano

» nei vasi; altri si versano e stagnano nelle areole; vi si » organizzano tessuti, e ve se ne decompongono, e nasce » alcuna volta la decomposizione dei solidi; poichè l'in» fluenza della vita vi si trova snaturata. In tal caso vi » è alterazione dei fluidi e dei solidi simultanea . . . . .

» L'*irritazione* può predominare nei sistemi areola» ri, non sanguigni nello stato normale, ma che lo di» vengono dopo di ciò, da cui ne risulta il *flemmone*.

» Essa può predominare in tessuti ch'hanno altra de» stinazione, oltre a quella del circolo, vale a dire nei » varii secretori. Allora convien determinare se l'*irrita*» *zione* sia più potente nei vasi sanguigni o nei secre» tori. Hannovi altre varietà di *irritazione* cui converrà » dare un nome particolare. È molto tempo che noi *ab*» *biamo proposto quello di* SUBINFIAMMAZIONE. Alcuni lo » hanno addottato, gli altri lo hanno rigettato; la più » parte istessamente dei medici fisiologi hanno creduto » di dover applicare il nome di *infiammazione* alle *ir*» *ritazioni che sono con predominio de' capillari san*» *guigni*. Quello che hanno detto sopra tale riguardo non » mi convinse. Egli è necessario, per classificare le ma» lattie, e *sopratutto per trattarle*, di sapere *che esi*» *stono irritazione al disotto della vera infiammazio*» *ne;* poichè la storia dell'*infiammazione*, propriamente » detta, non ci dà quella della *subinfiammazione;* ed » allorchè in tali malattie *non si ha in vista altro che* » *l'infiammazione, si commettono errori*. — Convien » quindi ammettere una *irritazione vascolare* ch'è *poco* » o *nulla* affatto *sanguigna*, la quale ordinariamente è » più fissa, più tenace che l'infiammazione, e che disor» ganizza in una maniera sua propria. Essa può essere » anche mobile. —

» Egli è evidente che l'*irritazione* può predominare » nell'apparecchio nervoso *tanto quale fenomeno flogi*» *stico, quanto per altro modo;* poichè voi avete delle

» *follie* in seguito alle quali non trovate infiammazioni,
» ma uno stato di densità con bianchezza della sostanza
» cerebrale.

» Nelle estremità nervose, o nei filetti nervosi ridotti alla capillarità, vi hanno *irritazioni puramente* » *nervose* e che non possono collocarsi nell'infiammazione, che non hanno lo stesso corso, e che non domandano lo stesso trattamento. ***Egli è per aver inteso male tali fatti***, che sovente furono male a proposito applicati gli antiflogistici; ciò che causò rimproveri non meritevoli al metodo fisiologico ».

Considerate tali cose passa a dividere le malattie in sette ordini.

I. Infiammazioni acute e croniche.

II. Subinfiammazioni.

III. Nevrosi.

IV. Alterazioni organiche.

V. Alterazioni dei fluidi.

VI. Debolezza.

VII. Anomalie.

Nella quale divisione si vede che la sola irritazione non forma la base morbosa, e si scorge confessata, pur troppo, la imperfezione della nostra scienza.

Portandoci al nostro argomento, troviamo che l'Autore così scrive:

« Passiamo ad un'altra questione che abbiamo toccato di sopra. Conviene conservare le *febbri*? (Intendasi bene, l'Autore dice la *febbre* come *morbo*). Quelli » che si pronunciano per l'affermativa, insistono sopra » una distinzione che fanno nelle malattie febbrili, fra i » sintomi *locali* e i sintomi *generali*. Certo nella *gastro-* » *enterite* esistono dei sintomi locali ch' indicano l' infiammazione di un organo. Oggidì si riconosce tal cosa, » dopo di averla lungamente negata, e si convien che » l'infiammazione del canal digerente è il fenomeno fon-

» damentale e locale per eccellenza dal quale dipendono
» certi sintomi *locali*. Ma i sintomi *generali*, quali son
» essi e come devono esser considerati? Date voi tal
» nome alla *febbre* restringendo il senso di tal nome
» alla *accelerazione del corso del sangue?* Ma essa
» non è che l'*effetto dell'irritazione* trasmessa al cuore
» o l'*effetto della sopraeccitazione* di quest'organo. Lo
» darete voi alla fatica delle membra ed alle differenti
» sensazioni dolorose provate nell'apparecchio locomoto-
» re? Ma questi fenomeni non sono che un addoloramento
» per uno stimolo che si propaga dal cervello e dal mi-
» dollo nei nervi di quest'apparecchio, ed il cui primo
» punto di partenza è in uno o più organi infiammati.
» La prova di ciò sta nel farli cessare od aumentare,
» calmando o stimolando tali organi .... Voi non po-
» trete perciò chiamare tali cose un sintoma generale.
» Chiamerete voi forse così la prostrazione? Ma il cuore
» che batte più forte, il polso accelerato, lo stomaco che
» assorbe o che vomita non sono in prostrazione .....
» Vorreste forse considerare sintomi generali la secchez-
» za ed il sudore della pelle? Ma queste non sono le-
» sioni della pelle; e poi la pelle alcune volte secerne,
» altre no. Vorreste forse che fosse l'alterazione dell'o-
» rina? Essa dipende dai reni, essa varia come il sudore;
» e tali due prodotti sono in ragione inversa l'un dal-
» l'altro. Vi piacerebbe forse di così ritenere uno *stato*
» *flogistico* considerato *generale*? Ma il cadavere non
» vi mostra traccie che nei punti ove la flogosi esi-
» steva. E poi nella economia non esiste una modifica-
» zione identica che possa essere collocata nella linea
» dell'infiammazione. Quando la mucosa gastro-intesti-
» nale è infiammata, tutto il corpo è infiammato; quan-
» do essa secerne troppo, tutto il corpo non secerne
» egualmente; nè tutto il corpo s'injetta o si decolora
» con essa. — Sarebbero forse gli umori che costitui-

» rebbero dei fenomeni generali? Allorchè havvi un'in-
» fiammazione, gli umori senza dubbio devono esser can-
» giati; l'ematosi non si opera più egualmente bene; ven-
» gono introdotti fluidi acquosi e medicamentosi; si fa
» riassorbimento di materie putride, ecc. Ma ciò non po-
» trà mai esser detto un fenomeno generale caratteri-
» stico dell'essenzialità febbrile; poichè tale alterazione
» umorale è fenomeno comune a tutte le flemmasie....
» Così le parole *sintomi generali* non danno significato
» alcuno quando se ne voglia approfondar il senso....

» Noi abbiamo ad esaminar altra pretensione. Qual-
» che persona sostenne che conveniva adottare il nome
» di *febbre*, come rappresentante il *fenomeno il più*
» *generale* delle malattie febbrili. Esse si sono appog-
» giate sopra una distinzione stabilita da lungo tempo
» tra le febbri e le infiammazioni. Tutti i giorni, essi
» hanno detto, si vede la *febbre* manifestarsi senza che
» siavi alcun segno di infiammazione locale, e diminuire
» di mano in mano ch'essa si localizza. La febbre e l'in-
» fiammazione sono quindi distinte, e la prima è la prin-
» cipale. Si chiameranno quindi *febbri*, anzichè infiam-
» mazioni, tutti tali stati febbrili; e per tener conto
» nello stesso tempo dell'infiammazione, quando essa esi-
» stesse, si aggiungerebbe all'espressione generale *febbre*
» un epiteto tratto dall'organo che si trovasse infiam-
» mato. Così noi avremmo delle febbri encefaliche o ce-
» rebrali, delle febbri polmonari, catarrali, bronchiali, ecc.
» — Dovremo forse adottare tali nomi e la pretesa sulla
» quale si fondano? Io non lo credo. Ed in fatto l'*in-*
» *fiammazione può esistere* o produrre anche dei grandi
» disordini *senza che siavi febbre*; mentre che la *feb-*
» *bre non può esistere senza che siavi qualche va-*
» *rietà d'infiammazione.* Questo è il fatto fondamentale,
» e quella non è che una circostanza, un accidente, un
» semplice effetto. Per la qual cosa non converrà subor-

» dinare l' infiammazione alla febbre nè accostumarsi a
» non riconoscere la prima se non se per la seconda; poi-
» chè ciò vi condurrebbe a dei gravi errori di diagnosi
» e di terapeutica. Considerando l'infiammazione come di-
» pendente dalla febbre, voi non aspetterete per combat-
» terla che la febbre comparisca.... Quando al contra-
» rio vedrete comparire *febbre*, potrete dire, senza tema
» di errare, che in qualche parte vi esisterà un' infiam-
» mazione; e che non si tratterà che di trovarne la se-
» de. Percorrendo le diverse funzioni, e scoperta che la
» si abbia, attaccando essa si distruggerà anche la feb-
» bre.... »

« Tale modo di ravvisare la febbre e l'infiammazione
» ci condusse a stabilire una linea di demarcazione fra
» le *infiammazioni senza febbre* e le *infiammazioni*
» *colla febbre*; ciò che è di una grande importanza pel
» successo del trattamento; poichè alle volte succede che
» un'infiammazione pria di essere acuta e febbrile, resti
» lungamente apiretica e latente; e che se per combat-
» terla si aspetti che la febbre comparisca, qualche volta
» è troppo tardi, la disorganizzazione è compiuta e l'am-
» malato perduto. Per la qual cosa l' ordine naturale
» delle cose vi obbliga di subordinare la febbre all' in-
» fiammazione e non l'infiammazione alla febbre.... »

« E giacchè siamo a parlar della febbre, cerchiamo i
» differenti significati di tal voce e rimontiamo, s' è ne-
» cessario, fino all' antichità. — Per Ippocrate la *febbre*
» era uno stato dell'economia caratterizzata da una vio-
» lenta effervescenza del sangue e degli umori; come
» una specie di incendio generale. Nelle sue storie par-
» ticolari egli vi dice = Arrivai presso un tale, egli
» avea della febbre, più o meno di calore, di delirio, ecc.;
» ma egli non specificava punto la febbre. Ippocrate era
» saggio e non conghietturava: egli raccontava ciò che
» vedea. Per giudicarlo bene converrebbe separare quanto

» egli scrisse da quello che gli si attribuisce; e si ve-
» drebbe che di tutti gli autori antichi egli è quello che
» ha il meno di pregiudizj. Egli collocava in prima li-
» nea l'osservazione dei fatti, ed avea messo in esecu-
» zione, senza dirlo, ciò che Descartes e Bacone racco-
» mandarono tanti secoli dopo. E ciò è quello che lo col-
» loca sì alto nella gerarchia dei saggi dell'antichità, e
» che deve farlo considerare come il primo di tutti. —
» Per qualche tempo si camminò sulle sue traccie, ma
» nel seguito venne la scuola di Alessandria. Erasistrato
» stabilì una differenza fra la *febbre* propriamente detta
» e le *febbri*. Galeno prese per carattere delle *febbri*
» particolari gli epiteti usati avanti di lui; ma fra esso
» ed Ippocrate erano comparse varie dottrine; e fra esse
» si distingueva quella dei *quattro elementi*, insegnata
» da Platone, che conservò le divisioni generali di Era-
» sistrato; riferì le febbri ai 4 elementi ed ai sintomi;
» e nominò le une essenziali e le altre sintomatiche. Le
» prime sono rimaste fino a noi e si componevano di flem-
» massie di cui non si avea determinata la sede. In al-
» lora servivasi delle divisioni scolastiche, chiare in ap-
» parenza, che sembravano proprie a riposar lo spirito,
» ma che in fondo non significavano cosa. Così si rico-
» noscevano delle *febbri semplici*, delle *febbri sinoche*,
» delle *putride*, *sanguigne*, *continenti*, *continue*, *re-*
» *mittenti*, *intermittenti* con accessi regolari separati da
» perfetta apiressia, e si spiegavano cogli umori, *bile*,
» *sangue*, *flemma*, *atrabile* umor immaginario, o pel
» disordine degli spiriti. — Tali divisioni sono conformi
» alla marcia dello spirito umano che si attacca subito
» agli oggetti più salienti; ma siccome che questi sono
» lungi dallo rispondere a tutte le forme dello stato feb-
» brile, se ne stabilirono altre dietro i sintomi. — E si
» ebbero perciò le *ardenti* che spiegavano per l'eccesso
» della bile o del sangue: e quelle dove predominavano

» le evacuazioni, che si dissero *colliquative*, espressione
» che rimonta a Galeno. — All'epoca in cui io stesso se-
» dea ancora sulle panche, le febbri *colliquative* occu-
» pavano ancora assai gli spiriti, nè si sapea quale idea
» formarsi di esse che rappresentavano il corpo fonden-
» tesi come una massa di burro al sole. Sono stato io
» che scrissi, io pel primo che mostrai che tali colliqua-
» zioni accompagnate da diarree abbondanti sulla fine
» delle malattie, non erano che enterocoliti consecutive
» sopravvegnenti a degli sfortunati ch'erano ridotti agli
» estremi. Io non so se qualche erudito abbia ciò visto in
» qualche lato; ma per mio conto, non lo trovai certo
» in nessuno ».

E qui fermiamoci e riflettiamo. — Cotesta logomachia la condoniamo al celebre medico; poichè formante parte di lezioni fatte a giovani scolari.

Il predicare come cosa recente e tutta nuova la distinzione, nella *gastroenterite,* dei sintomi *locali* dai *generali,* e precisamente un piantar carote. — Che in tali circostanze debbano ritenersi come espressivi della *febbre* i sintomi *generali,* la prostrazione, la fatica, la secchezza della cute od il sudore, ecc., non lo crediamo, poichè nessuna medica autorità abbia così creduto. — Che così possa esser ritenuta l'*accelerazione del circolo* vi furono molti, ma di essi abbiamo detto. Che così alcuno abbia pensato dell'*infiammazione*, considerata quale *stato generale*, anche lo sappiamo, ma di ciò si parlò abbastanza.

Che la *febbre* debba esser tenuta *morbo* perchè talvolta si presenta *senza infiammazione*, è altro argomento discusso dal nostro professore; ed è confutato dallo stesso dalla riflessione che l'*infiammazione* alcune volte si presenta *senza febbre,* la quale si manifesta poscia ed allorchè il morbo siasi reso molto potente. Donde nei casi febbrili dovrassi ritenere, secondo lui, l'infiammazione

come sempre esistente; ed ancorchè non si arrivi a scoprirla, la si dovrà considerare come latente; poichè tale fatto è di somma importanza ed utilità nella terapia.

Noi una tale questione la considereremo dietro quanto l'Autore stesso ebbe ad ammettere, e dietro quanto l'esperienza ci mostra.

Vi sono certi casi, senza dubbio, nei quali una condizione flogistica latente, difficile e talvolta impossibile a scuoprirsi, sta come morbo primario; non essendo la condizione piretica che un fenomeno di esso. — Ma bisogna tener mente che vi sono moltissimi altri casi dove un'affezione locale, non flogistica, o non ancora tale, porta una *piressia* per *irritazione* comunicata al cuore; poichè le *irritazioni trasmesse al cuore precipitando la sua azione ed aumentando la circolazione, ed aumentando il calore, producono ciò che dicesi febbre.* — E bisogna tener mente che le *irritazioni* non sono solo *flemmasie*, ma *subinfiammazioni* e *nevrosi*.

Ora ritenuto ciò, e ritenuto che molti casi ci si presentano nei quali la *febbre* certamente non si trova nè preceduta, nè accompagnata da infiammazione, dovremo dire, che se è di grande entità nella cura di uno stato febbrile il tener di mira alla possibilità dell'esistenza di una flogosi latente, devesi pur anche aver presente, per confessione dello stesso Broussais, che nel trattamento dell'irritazione *quando non si ha in vista che l'infiammazione si commettono errori.*

In quanto poi alle altre cose, nulla diremo; poichè già instruiti dalle discussioni antecedenti si scorga a colpo d'occhio la loro futilità. E solo ci fermeremo alla voce *colliquativa.*

Parlando del medico di Pergamo non abbiamo fatto menzione delle *febbri colliquative*, poichè le abbiamo fatte una accidentalità dell'*etica,* la cui natura l'abbia-

mo mostrata flogistica colle stesse dottrine del medico antico. — Ed in fatto ecco cosa Galeno scrive sopra di esse.

Dopo di aver detto che si chiama carne quella sola sostanza che forma il muscolo, mentre quanto si osserva nei visceri lo si dice grecamente parenchima, quasi infusione, e che quello che forma gl' intestini, il ventricolo, lo stomaco, l' utero, fu lasciato senza nome, così seguita: « Tu non tratti dei nomi; tu intendere dovrai
» piuttosto che la sostanza delle singole parti, sia for-
» mata di tale natura che possa e *perire* e *riprodursi.*
» Ma nè le parti fibrose, nè le nervose, nè le membra-
» nose hanno la medesima natura. Non è necessario che
» le fibre di tali singole parti, nelle *febbri maligne,*
» vadano liquefatte come le carni; conciossiachè l'ani-
» male muoja prima che sieno del tutto inaridite. Han-
» novi queglino che egregiamente chiamano *marasmodi*
» tutte le *febbri che liquefanno;* ma che differiscono
» in ciò che in queste le carni liquefatte vanno *digerite*
» *a modo di vapore,* mentre in quelle *fluiscono pel*
» *ventre*. . . . Al modo stesso nelle *febbri calidissime,*
» se le carni fossero umide e molli con grande copia di
» adipe, tu le vedresti co' tuoi sensi liquefarsi; diversa-
» mente tu le impareresti passare a febbri marasmodi.
» — Con tale argomento chiarissimo tu intendi esservi
» infermi che emettono per l' alvo quanto fluidificano; i
» quali se non vadano a mancare per la violenza del
» morbo o per l' ignoranza del medico, finiscono in febbri
» con marasmo ». (De meth. med., lib. X).

Ma perciocchè ciò accada, è necessario un *grande incendio* nei *solidi* e negli *umori,* lo dice lo stesso medico greco. Ed un grande incendio dei solidi e degli umori noi sappiamo cosa debba esser tenuto.

Siccome però tale fenomeno delle *diarree colliquative,* lo si vede nelle febbri *pestilenti,* nelle *perniciose* e

nelle *sintomatiche*, così crediamo che *protopatico* talvolta debba essere considerato ed effetto di una infiammazione intestinale; ma tale altra *sintomatico* della stessa causa straniera *x* che cagiona nel tempo stesso e la febbre ed i suoi molti e svariati fenomeni, per la sua azione materialmente diffusa, o diffusa per simpatia, per sinergia, per antagonismo, ecc., producendo qualche volta flogosi secondarie, ma le molte altre semplici condizioni *irritative*.

Tuttavia, siccome non ben chiaramente il medico di Pergamo fu inteso, secondo noi, nelle sue dottrine ridotte alla vera pratica, così noi non negheremo al celebre francese il merito di aver localizzato il sintoma che fece epitetare di *colliquative* molte febbri. Ma nel concedere un tale merito rifletteremo che la diarrea secondo le antichissime dottrine dovea portare la mente del medico all'organo ammalato, cioè agli intestini; e che una *febbre continente*, o *continua*, o *remittente* (non di natura *pestilenziale* o *perniciosa*) avrebbero indicato uno stato senza dubbio flogistico. — Ma nel concedere il merito dovuto facciamo la esclusione, lo ripetiamo, delle *pestilenti* e delle *perniciose;* perciocchè non crediamo sempre dipendenti da *flogosi intestinali* nè le *diarree*, nè le *dissenterie* che si osservano in tali tremende affezioni; ciò che si ricava dalle *febbri* con *sintomi* delle dottrine antiche non smentite neppur dalla odierna esperienza.

Seguitiamo il Broussais.

« Noi abbiamo altri sintomi che dovettero colpire lo
» spirito. Noi abbiamo delle febbri nelle quali predomi-
» nano il *brivido* ed il *freddo:* esse le si chiamarono
» *algide*, *orrifiche*; e le si spiegarono pella mescolanza
» della bile o del sangue, colla flemma. Essendo questa
» fredda e quelli caldi, nel dibattersi, se questa sia su-
» periore, il freddo si fa predominante. — *Non ridiamo,*

» *ebbimo ancor noi le nostre bizzarie*, e potremmo » dirci: QUID RIDES? DE TE FABULA NARRAT. — *Febbre* » *assode*, è un fuoco, un principio acre che si agita pei » nervi. — *Febbre elode*, è un sudore che emana pei » pori. — *Febbre sincopale*, è la bile, dicea Galeno, » che stimola l' orificio dello stomaco e fa cadere in de- » bolezza ».

Ma anche più rifletteremo che non così semplicemente, come lo fece il Broussais, dovrebbe esser detto; poichè il lettore non potrebbesi per questo modo formare una idea esatta delle antiche dottrine.

Per le *algide*, per le *orrifiche*, per le *assode* rimandiamo alle dottrine galeniche, specialmente dove parlammo dell'emitriteo, del causone, della lipiria; non che dove scrivemmo sulle febbri con sintomi. — Per la qual cosa noi non possiamo convenire col Broussais che sempre « *tali febbri corrispondono a flemmassie locali non* » *conosciute*. Si vorrebbe anche oggidì persuadervi (se- » guita l' illustre prof.) che in molte di tali malattie » l'infiammazione sia generale, ma ciò non è; come non » lo era la corruzione e la putridità voluta dal Galeno. » Non havvi infiammazione di tutto il sistema sangui- » gno, come non havvi generalità per la bile, pel sangue, » pello zolfo, e per l'umor putrido *vettureggiato* pei va- » si, ecc., tutto ciò è falso egualmente ».

Passa quindi a nominare i Van Helmont, i Boerhaave, i Baillou, i Willis, i Baglivi, *che aveano tratto le loro dottrine* dal Galeno, *ma che tendevano verso la localizzazione:* poscia cita i Bonnet, i Rivière, i Glissòn, i Sydenham, i Pringle, i Lind, i Mead e tutti gli epidemisti, che non attribuendo la febbre agli umori, non videro nelle epidemie che qualche cosa di straordinario e di incomprensibile.

Successivamente le malattie se ne risentirono dell' *irritabilità* dell'Haller, dello *strictum* e *laxum* anti-

…ia, del trattato *De fibra motrice* del Baglivi, della debolezza e dello *spasmo* dell' Hoffmann, che adottato dal Cullen, modificato dal *meccanismo*, e dell'*animismo* e dal *nervosismo*, finiva nel sistema Browniano, dove si trovò esclusa la *febbre* nè si spiegò più cosa.

Passando nel seguito a parlare delle febbri del Pinel, comincia dalla *febbre infiammatoria* che, non potendo essere un'infiammazione dei visceri, dovrà tenersi per un *infiammazione dei vasi?* Sia pure, ma ciò non si vedrà nè in un'*effimera*, nè in una *sinoca non putrida*. Piuttosto sarà il cominciamento di flogosi in un viscere o in un altro, non però grave, e in tal caso localizzata nel canal digerente; e precisamente nella superficie gastrica e nella sua rete capillare sanguigna. E dessa sarà una flemmasia di primo ordine, come la si vede nel *principio degli accessi delle febbri intermittenti*. Un tale stato, egli lo dice, non può essere che *una congestione irritativa, non ancor passata allo stato infiammatorio propriamente detto*.

Parlando della *febbre biliosa*, mostra che non è una *gastrite* con *soprasecrezione biliosa;* ma uno stato *irritativo flogistico* dello *stomaco*, del *duodeno* e del *fegato*.

Istessamente decompone lo stato *mucoso* quale un'*irritazione* dei *follicoli mucosi ;* e l' *entero-mesenterico* quale una *gastro-enterite* ; e l'*atassico* e l'*adinamico* o *tifoideo* come una *gastro-enterite* con *irradiazione encefalica*.

Qui elimina la *febbre cerebrale* pel motivo che non puote appartenere che ad una flogosi encefalica. — Cose già diffusamente trattate nel suo *Examen*.

La *febbre nervosa* degli alemanni non è che una *gastro-enterite atassica* od *adinamica*.

Quindi passa in esame la *dotinenterite* od *il tifo*; mostrando che tali due stati *non dipendono dall'affezione dei follicoli*.

E quindi riassumendo e ripetendo che *un' infiammazione può esistere senza febbre, ma che nessuna febbre continua può esistere senza infiammazione* (idea antichissima) si fa e riassumere i motivi pei quali escluse come causa dello *stupore* l'*eruzione* dei follicoli mucosi disseminati ed agglomerati, *necessaria, fatale, a marcia fissa, a periodi circoscritti*, di *bottoni come i vajuolosi, negli intestini;* e ciò come segue:

« 1.° Tale eruzione non è necessaria ai sintomi ti- » foidei od adinamici, poichè i sintomi proprii della feb- » bre putrida, adinamica, tifoide, maligna, atassica, non » sono legati all'affezione dei follicoli, ma bensì alla » *sofferenza della materia nervosa che concorre alla* » *formazione della membrana mucoso-villosa.*

« 2.° Tali bottoni non hanno marcia necessaria: il » medico può arrestarne lo sviluppo ». E qui afferma che nei primi anni che trattava il principio delle gastro-enteriti coi vomitivi, e non traeva sangue dall'epigastrio, e che era spaventato dai sintomi di debolezza, e dava tonici e brodi fortificanti, il *tifo* abbondava nelle sue sale. — Alla quale dichiarazione noi opporremo la domanda: erano gli emetici che promovevano il tifo? Vi risponda la illustre esperienza del Rasori e di quelli che lo seguirono; e vi risponda Galeno allorchè, parlando della cura da tenersi contro la *continente* appartenente al genere della *diaria,* nota di massimo presidio il *salasso* pel primo e la successiva somministrazione dei purganti o dei vomitivi, aggiungendo: « Di coloro che » febbricitavano di SOLA OSTRUZIONE *se furono salassati,* » *nessuno cadde in febbre putrida. Ciò che deve esser* » *fatto se le forze e l'età lo permettano* ».

Per la qual cosa noi crederemmo che il *tifo abbondasse* nelle sale dell'illustre medico per l'ommissione del salasso a tempo e per l'uso di altri tonici, non per la prescrizione dei *vomitivi.*

Successivamente rimarca che non tutti i tifi mostrano l'affezione follicolare: che molte gastro-enteriti trattate coi tonici e cogli stimóli possono cangiarsi in tifoidee: che le gastro-enteriti che si mostrano con diarrea sono quelle ove i follicoli sono affetti.

Alle quali riflessioni crede di aggiungere sulla questione delle *febbri* quanto segue:

« Tutte le volte che i fenomeni di uno stato febbrile » partono da un punto determinato, egli è certo che non » possono esser considerati effetti di un'affezione generale » dei fluidi, o quali febbri essenziali. Le *sole affezioni* » *che avrebbero qualche diritto di conservare tale ti-* » *tolo* sarebbero quelle dipendenti da un' *irritazione* o » un assorbimento di un *veleno*, d' un *virus*, o di un » *miasma*, come il *vajuolo*, la *rosolia*, la *peste*, la *feb-* » *bre gialla*, il *tifo*, ecc. Ma richiamatevi ciò che ab- » biamo detto nei nostri preliminari. Quantunque sia il » veleno che sia stato introdotto nel corpo, la malattia » non può consistere nell' affezione dei fluidi. Fino a che » questi sono i soli affetti, voi non ne avrete segno al- » cuno. L' individuo che non soffre, o la cui salute non » non si altera per l' assorbimento di un virus, lo as- » sorbe egualmente che quello che soffre »...

» E passando al trattamento, dice esplicitamente:

« Convien attaccar la malattia nel suo principio, e » conoscere che *ogni irritazione gastro-enterica* (in- » tendano coloro che alterano le opinioni altrui) *ogni* » *irritazione gastro-enterica* PUÒ diventar *gastro-en-* » *terite* in ogni età, quantunque la si abbia avuta più » volte ».

Onde trovare le altre febbri, passeremo alle *infezioni generali* per sostanze *deleterie* e *putride*.

« Quando vi si unisce la *febbre*, esse prendono il nome » di *tifo* per *contagio*, il quale ha tale rapporto col *tifo* » *sporadico* che non è da stupirsi se per secoli siensi fatti

» invano sforzi per distinguerli l'uno dall'altro. *Essendo*
» *ammalati gli stessi organi, come volete voi che i sin-*
« *tomi non si sieno sempre rassomigliati?* La distinzione
» non è possibile che pel *nostro metodo*, che ammette
» nelle malattie delle *gradazioni di tinta e di grado*,
» *e che prende in considerazione la differenza delle*
» *cause e degli agenti.* (Cose, diciamo noi, che trovano
» il fondamento loro nelle antichissime teorie). Il *tifo da*
» *contagio* non differisce dallo *sporadico* che per mag-
» gior intensità e per la natura dell'agente che lo pro-
» dusse. Tutti i volumi scritti fino ad oggi per distin-
» guere tali due affezioni non possono che gettar con-
» fusione se non s'abbia presente allo spirito questa pro-
» posizione: *che l'uno è in più ciò che l'altro è in meno.*
» Aggiungete ch' essi consistono tutti e due in una *in-*
» *fiammazione del canal digestivo, e che il canal di-*
» *gestivo infiammato agisce sempre sul sistema ner-*
» *voso nello stesso modo* ». — Errore, secondo noi, mas-
simo.

Passa poi a noverare i diversi gradi di potenza del principio virulento; ed allorchè è meno attivo nota, che assorbito che sia, produce un' *infiammazione.* Fra le cause novera la unione di uomini sani ed ammalati in luoghi ristretti: i gas emanati da decomposizioni di materie animali: la trasformazione della gastro-enterite ordinaria, cosa che si osserva *nelle armate*: la gastro-enterite nata da marcie forzate, dal freddo, dalla fatica, dalle privazioni: l' *alito* ed il *contatto* con un ammalato di *tifo*: l'inoculazione *di pus* corrotto o di sanie. Questo ultimo fatto egli lo dice provato da esperienze fatte ad Alfort sopra dei cavalli, e scrive: « s'injettò loro del pus feti-
» do e della materia gangrenosa, nei vasi, e ne risultarono
» delle *gastro-enteriti.* Ditemi, vi prego, perchè mò non
» ne risultarono delle pleurisie, dei flemmoni, dei catarri,
» delle pneumonie, delle infiammazioni sierose, ecc.? Per

...; ma il fatto è costante: le ma-
...ntrando nel sangue in gran quantità
... gastro-enterite a *forma di tifo*; e que-
... volta sviluppata, reagisce successiva-
... nervoso ch'è esposto ad infiammarsi
... gastro-enterite ordinaria; con tale differenza
... va più presto alla perdita od alla dissipa-
... sua innervazione ».
... calde e intertropicali la putrefazione è più
... animali moltiplicatamente più numerosi: ivi i
... paludi sono più animali che vegetabili: ivi que-
... animali sono velenosissimi, ed i corpi umani più
... specialmente se i soggetti non sieno acclimatiz-
...

... *congestioni irritative* ed *infiammazioni vi-*
... più rapide nel loro corso; alle volte continue,
... remittenti pel *freddo notturno*, e sempre dan-
...; nelle quali i fenomeni nervosi sono moltiplicati
... spostamento dell'innervazione assai più presto che
... nostro tifo indigeno ».

La *febbre gialla*, nata per le emanazioni, non è che
una *gastro-enterite* od un'*infiammazione generale del*
... *apparente*; la cui colorazione si avvicina a quella
dei cadaveri morti nel periodo tifoide; a meno che le de-
... non sieno state copiose, e che il canal digerente
non sia stato lavato da bevande abbondanti. Nel cervello
e nelle meningi si veggono *congestioni semplici;* poichè
l'infiammazione non ebbe tempo di *formarsi*. — « Duran-
te un numero di anni il trionfo delle dottrine di Brown,
... dal Pinel, fece della *febbre gialla* pegli eu-
ropei che andavano in America, il più terribile flagello.
... dei medici testimonii oculari delle sue stragi al-
l'Avana, ove appena se ne salvava *uno* sopra 25 o 30.

Rispettando tale opinione dell' Autore, crediamo che
il lettore saprà riflettere che se l'aria rinchiusa e vi-

ziata, se i gas emanati, se l'alito di un tifoso, se l'inoculazione di pus, porteranno una gastro-enterite, questa non sarà il solo effetto delle cause suddette. Ed in fatto perchè mò attribuir quello *stupor attonito* che si osserva nel *tifo* alla gastro-enterite, e non all'azione particolare delle cause sul sistema nervoso; se tutte le infiammazioni intestinali genuine e *pure* non riflettono egualmente ed egualmente non agiscono sul centro cerebro-spinale? Successivamente allorchè tratteremo l'argomento nella seconda parte ci estenderemo maggiormente su di esso.

Rispetto alla *febbre gialla*, noi la sappiamo morbo *irritativo*, ne'suoi primordj; e ciò anche per opinione del nostro illustre professore.

Da altra parte le molte autorità da noi riportate ci insegnano col fatto una tale distinzione pegli effetti stessi delle cure prestate.

Il tempo ed il modo di fare non sono conosciuti da tutti, specialmente in affezioni che nel loro corso e sviluppo cangiano nella natura dei loro effetti; o che mantenendo anche la natura stessa producono estensioni e diffusioni morbose che controindicano ai mezzi che nel principio erano indicati, e ne comandano altri ben diversi. — Non tutti i medici quindi, anzi ben pochi, in tali affezioni, sono per noi autorità.

Passa poi a parlare della *peste* del Levante, determinandola come un nostro *tifo* ma di estrema intensità, caratterizzato da violenta *irritazione gastro-intestinale e cerebrale*, da *bubboni*, da *carbonchi*, da *antraci*, da *petecchie*; notando che per gradazione di intensità mostrasi talvolta non diverso dalle *febbri maligne*.

Quindi arriva alle *flemmassie eruttive* che dice dipendenti da un' *infiammazione interna che precede l' eruzione, e che risulta da un veleno assorbito e disseminato nell'economia per via della circolazione*; *ve-*

leno il cui primo effetto è quello di produr congestione ed infiammazione in un organo interno... in una ***membrana mucosa....*** dello stomaco e degli intestini nel ***vajuolo***, degli occhi e dei bronchi, nella ***rosolia...*** della gola e dello stomaco, nella ***scarlattina***, ecc.

In questa classe pone il ***pemfigo***, il ***sudor anglicano***, la ***miliare***.

Come flogistici calcola la ***rabbia*** ed il ***morso*** della vipera e del serpente a sonaglio.

Rispetto alla sua opinione sulle malattie eruttive, faremo osservare la grande rassomiglianza di essa con quella del Tommasini: rispetto poi al *sudore anglicano*, alla *miliare*, alla *rabbia*, al morso degli animali, diremo che scrisse avventatamente.

Soddisfatti tali argomenti, troviamo che ci dà istruzione sulla natura della *subinfiammazione*. Ecco cosa scrive sopra tale argomento:

«. Questa classe di malattie, che ho creduto di dover
» istabilire, merita la vostra attenzione tanto più quanto
» che fu contrariata. Lungi dal lamentarne, ciò è anzi
» una prova della sua importanza. D'ordinario non si
» contrastano dei puri sogni; ed è buona cosa che ogni
» verità soffra la prova della contraddizione. — Le *sub-*
» *infiammazioni* sono delle IRRITAZIONI *vascolari* che
» PROLUNGATE *perdono* il carattere sanguigno, o *non*
» l'*hanno mai avuto*, o che affettano principalmente,
» ma *non unicamente*, sui fluidi bianchi. *Non è possi-*
» *bile*, secondo noi, *di collocare tali malattie nella*
» *categoria delle infiammazioni*, nè attribuirle vaga-
» mente ad un vizio di nutrizione. Per farsene un'idea
» non basta di metterle in rapporto coi modificatori che
» le produssero, e con quelli che le guariscono. Conviene
» studiarle particolarmente, vedere come nascono, in che
» differiscano dalle infiammazioni; come esse cangino e
» snaturino alla lunga il tessuto degli organi; come sieno

» modificate nella loro marcia, ecc. I loro primi elementi
» sono lo stimolo nervoso interno ed esterno; lo stimolo
» sanguigno che soventi sparisce; ed allora sono conse-
» cutive, la congestione umorale, lo stravasamento, i corpi
» stranieri, i prodotti organizzati ed eterogenei. I carat-
» teri variano secondo la sede.... » E più innannzi.

« Le *subinfiammazioni* sono delle *irritazioni*, che
» invece di *accumulare e ritener il sangue nelle parti*,
» il sangue ch'è capace di produrre il pus flemmonoso,
» *accumulano e ritengono i fluidi bianchi*, la linfa, la
» gelatina, l'albumina, la fibrina, ecc.

« Malgrado il carattere poco sanguigno di tali malat-
» tie, nel principio vi si trovano gli elementi dell'infiam-
» mazione, la tumefazione, il calore, il dolore, ed assai
» sovente un lieve rossore... Alle volte sono secondarie
» ad uno stimolo che disparve; ovvero si formano per
» congestione umorale, immediata, o per una irritazione
» che occasionano corpi stranieri, o prodotti eterogenei
» che, dopo di essere stasi generati da un'infiammazione,
» alla lor volta la producono ».

Parlando dell'Etiologia di tali affezioni, egli dice che un *primo fatto costante* è quello che nei paesi *caldi* e *secchi* non esistono. *E secchi*, ripete, *intendete voi?* e vi aggiunge: « Forse non avrei mai fatto tali confronti
» (fra i paesi caldi e secchi, e freddi umidi) se non avessi
» seguito le armate prima nei paesi freddi ed umidi, poi
» nei caldi e secchi; e se non avessi veduto gli stessi uo-
» mini sommessi alternativamente alle influenze degli uni
» e degli altri, ricalcate e concentrate per così dire in
» essi stessi, nelle prime regioni, schiuse ed in qualche
» modo dilatate nelle seconde ».

E più innanzi ancora: « Le *subinfiammazioni* hanno
» quindi per cause principali il freddo, che le fanno pre-
» dominare interamente ».

Lasciando andare quelle affezioni tutte che a tale classe

appartengono, ma che non spettano al nostro argomento, passeremo direttamente a quanto c'interessa; vale a dire alle *irritazioni intermittenti.*

« Voi avete veduto l'*infiammazione continua* all'e-
» sterno ed all'interno, ed essa vi ha presentato tinte e
» gradi diversi, dalla *semplice irritazione* che *non è*
» *ancor infiammatoria*, e che si presenta nel principio
» di tutte le *flemmassie*, fino all' *infiammazione flem-*
» *monosa.* Voi la vedrete ora *intermittente*, e sotto que-
» sta forma essa vi presenterà le stesse tinte e gli stessi
» gradi. Le idee dell'infiammazione continua si appliche-
» ranno anche all' *infiammazione intermittente*; e co-
» me che questa tiene della *natura nervosa* e che noi
» abbiamo studiato le infiammazioni dell'apparecchio ner-
» voso, voi potete considerarvi come sufficientemente ap-
» parecchiati allo studio delle *irritazioni intermittenti* ».

« Si domanda prima di tutto quale sia la loro na-
» tura? Ma questa domanda può farsi anche sulle *irri-*
» *tazioni continue* la cui natura è pure incognita ».

Crede ancora che le *infiammazioni*, quando non sieno *acute*, diano delle *intermittenze* e delle *remittenze:* fatto che non ha altra spiegazione che sulla poca intensità della irritazione; per cui non potendo essa mantenere una *reazione sostenuta*, *la natura si adira e si irrita, si calma e si riposa alternativamente* (linguaggio dell' Helmont); *e ciò per leggi che ci sono incognite.*

« Vi hanno delle circostanze e delle cause esterne che
» rendono tale intermittenza un fenomeno predominante
» e di primo ordine. Tali circostanze sono le *alternative*
» *del freddo e del caldo, del freddo umido sopratutto,*
» *alternato col caldo o con una temperatura moderata.*
» Egli è certo che quando viviamo sotto l' influenza di
» tali condizioni atmosferiche, siamo disposti alle affe-
» zioni intermittenti, che di spesso le affezioni continue

» cominciano con tale forma, e dopo trattate cogli antiflogistici, ritornano *intermittenti*: di modo che la » *continuità* e l' *intermittenza sono due fenomeni che* » *si legano e s' incatenano* in un modo rimarcabile. — » L'*intermittente* la si vede negli stati congestivi dell' esterno e dell' interno, primitiva, sotto l' influenza » del freddo umido mescolato col caldo; e non esige minimamente terreni bassi e paludosi o miasmi di stagni » per la sua produzione. La proposizione contraria è un » vecchio errore. Io l' ho verificato, un tal fatto, in una » folla di climi e di luoghi. In Ispagna, dove il terreno » è variatissimo, le *febbri intermittenti* sono estremamente comuni. Io credo che più che noi ci avanziamo » al mezzodì, più le si vedono frequenti; sopratutto ove » i terreni son umidi, sulle rive de' fiumi e delle riviere. Io le ho vedute regnare sopra terreni elevati e » di roccia, ove non crescea, quasi a dire, che del musco. » Io le ho vedute in tutte le posizioni geografiche possibili, sopratutto nelle stagioni delle pioggie dirotte e » negli equinozj, nel mese di marzo allorchè la temperatura varia da un istante all' altro, e che sovvengono » burrasche, venti freddi e pioggie, e dopo un sole bruciante. Egli è per me un *fatto costante ed avverato*, » che un *vento freddo ed umido*, con degli *intervalli* » *di men freddo*, o di *calori assai pronunciati*, è la » causa della *intermittente*. — Da ciò voi concepite » come le paludi sieno favorevoli al loro sviluppo, per » mezzo delle *evaporazioni abbondanti* che forniscono » sotto l' *influenza del calore del dì*, e per la *precipitazione dei vapori* e pel *raffreddamento dell' aria* » che ne risulta *nella notte*. Basta alle volte di esporsi » un' ora a questi vapori freddi per contrarre una *febbre intermittente*. Tali sono le cause evidentemente » più attive quivi e nei paesi secchi.

» Ma alle *irritazioni intermittenti* le paludi vi ag-

» giungono anche un' *infezione miasmatica* che le com-
» plica, le rende più gravi, e dà loro il nome di *perni-*
» *ciose.* Tale infezione è prodotta dai gaz che risultano
» dalla decomposizione di sostanze *animali* e *vegetabili*
» ammonticchiate nelle paludi. Tuttavia le *non miasma-*
» *tiche* possono avere la *gravità* delle *miasmatiche*, per
» una viscerale predisposizione morbosa, e per un cattivo
» trattamento.

» Per l' *intermittenza,* propriamente detta, ritenete
» bene questo fatto: che *non havvi minimamente bi-*
» *sogno di miasmi per produrla;* e che sono sufficienti
» le *alternative di caldo e di freddo* . . . . ».

Egli divide le *irritazioni intermittenti:*

« 1.° In quelle che sono *semplici senza affezione antecedente di visceri:*

» 2.° In quelle che sono *complicate a male disposizioni:*

» 3.° In quelle che sono *complicate* ad *avvelenamento miasmatico.*

» Le flemmassie *intermittenti dell' esterno* del corpo,
» cui diedesi il nome di *larvate*, cioè mascherate, na-
» scoste, sono precisamente le più evidenti di tutte, e
» dovrebbero piuttosto esser appellate non larvate o sma-
» scherate. Esse sono: le *oftalmie* che compariscono sotto
» l' influenza di una costituzione di febbri intermittenti
» viscerali, che si *arrestano* e si *dissipano* in *qualche*
» *ora*, e ricompariscono tutti i giorni alterni od i quar-
» ti; per conseguenza terzane e quartane; esse sono
» delle *resipole*, dei mali di denti, dei dolori ischiatici,
» delle flogosi di gola, che offrono i medesimi caratteri
» e seguono la stessa marcia. . . . La *febbre* le accom-
» pagna o nò, secondo l' estensione dell' infiammazione...
» si veggono di tali *irritazioni* o *congestioni* periodiche
» negli organi nascosti, sotto forma di cefalalgia, di pal-
» pitazioni, di bronchite, di coliche, ecc.

È inutile ogni commento: le teorie antiche, che tratto tratto si precedettero fino al Puccinotti, qui si osservano trasfuse. Che tali *infiammazioni intermittenti non sieno infiammazioni*, già si disse e si mostrò.

» Nelle *irritazioni febbrili intermittenti* comuni deve » rimarcarsi che frequentemente, per non dir sempre, i » fenomeni sono mantenuti da un *focolare permanente* » di *irritazione*, il quale può esistere all'esterno ed al- » l'interno.

» All'*esterno* vi hanno esempi molti di *febbri inter-* » *mittenti* mantenute da *resipole*, che qualche volta sono » pustolose; da impetiggine permanente alla cute; da » ulcera; da una sonda in vescica, ecc. Tali fatti non » sono più dubbiosi: se voi *togliete la sonda*, se guarite » la *resipola*, l'*impetigine*, l'*ulcera*, ecc., gli accessi » non ritornano più. Ho pubblicato cinque fatti di tal » genere. (« Annali della medicina fisiologica ». T. 1.°, » pag. 500. — III, pag. 353).

» All'*interno*. Il focolare permanente dell'irritazione » è 99 sopra 100 nel *canale digerente*: sia stomaco, sia » duodeno, sieno intestini tenui.

» Può essere ancora nel *polmone*, nel *fegato*, ecc.... » Ma esistono poi dei casi di *intermittenti* in cui non » abbiavi *infiammazione in parte alcuna?* Io lo *credo*, » ed è in tali casi, per dirlo prima, che io amministro » la *china* senza aver usato di nessun altro mezzo pre- » paratorio.

» Indipendentemente da tali focolari permanenti di » *irritazione*, accade che gli accessi *ripetendosi*, *pro-* » *ducano varii effetti sinistri*; e ciò pella *violenza* » *delle congestioni* che se ne formano.

» Come cause che fanno recidivare furono notate, le » *indigestioni*, i *bagni freddi*, i SALASSI ed i PURGATIVI, » come le principali.

» Le *intermittenti* possono prolungarsi in *gastro-*

» *enteriti continue*, sopratutto la quotidiana e le remit-
» tenti.

» Dopo tre o quattro accessi l'*intermittente* può
» produrre l'idrope *senza infiammazione* nè *congestione*
» *apparenti*. Questi casi, di cui parlano poco gli autori,
» li vidi solo a Xeres nell'Andalusia.

» L'*intermittente* può prontamente produrre delle
» grosse milze e dei grossi fegati con *congestioni* dolo-
» rose, che *diventano infiammazioni*.

» L'*intermittente* PROLUNGANDOSI PUÒ PRODURRE una
» gastroenterite cronica, come nel *principio* un'*acuta*;
» e se persista, gli accessi si presentano irregolari e
» ne risulta una specie di febbre etica. Dopo di aver
» prodotto tale gastroenterite cronica, essa può compli-
» carsi con altra flemmassia, con una bronchite, con una
» pneumonite, con una pleurite, con una peritonite, ecc.
» Per bene osservare tali complicazioni, che di rado si
» offrono nelle cliniche uniformi di una capitale, convien
» viaggiare con delle masse d'uomini, per climi varii,
» ed osservarli soggetti a tutte le vicissitudini e sotto
» l'influenza delle cause che producono le intermittenti.

» Nella primavera le intermittenti sono più flogisti-
» che e tendono alla continuità per il trattamento sti-
» molante e per la china. . . . Nella state, se mai fosse
» secco e caldo, si sciolgono sole per sudori. . . . In au-
» tunno e nel verno si complicano facilmente con bron-
» chiti, pneumoniti, ecc. — Nei paesi caldi le congestioni
» sono più vive, le grosse milze più facili, le gastriti
» considerabili. — Nei freddi ed umidi, nei temperati ed
» umidi, vi sono meno gastriti, ed il trattamento è più
» facile.

» Come tali malattie diventano mortali?

» 1.° Per la violenza delle congestioni e delle emor-
» ragie nei primi accessi, senza che abbiano nulla di per-
» nicioso:

» 2.° Convertendosi in continue:
» 3.° Producendo delle gastroenteriti croniche:
» 4.° Per infiammazioni successive che le complicano:
» 5.° Per idropisie, deterioramento nei vasi ed affe-
» zioni scorbutiche.

» *Trattamento*. . . . . Convien sempre cercare di ri-
» stabilir il più presto possibile le funzioni in istato nor-
» male, ciò per altro *se non havvi ostacolo infiamma-*
» *torio*. Ma richiamatevi che esiste quasi sempre un' ir-
» ritazione continua che mantien l' accesso. . . . . Togliete
» la sonda . . . . . guarite la resipola, ecc. In primavera
» quando passano a continuità, generalmente si salassa;
» ma si fa meglio di salassar localmente, a meno che non
» siavi pletora. Ma, voi direte, le vostre sanguisughe
» sono inevitabili; voi volete sempre sanguisughe? . . . .
» Io voglio ciò che i fatti mi sforzano di volere, e trovo
» che per tale metodo ho pochissimo bisogno di febbri-
» fughi; e che si ripara alle recidive ed alle gastriti cro-
» niche; che se poi sovvenga l' *abitudine intermittente*
» la si attacca più sicuramente collo stimolo della china.
» I partigiani del metodo contrario vi parlano di guari-
» gioni immense ottenute per tale sola medicina data ad
» alte dosi; ma non vi dicono cosa delle sue vittime, in
» qualche circostanza, tanto numerose. È meglio e più
» sicuro togliere la gastroenterite e le altre infiamma-
» zioni, come se fossero indipendenti dalla intermittente;
» poichè questa cede poi a dosi di chinina più lievi. Con
» *due, quattro, sei* grani di solfato di chinina, io gua-
» risco comunemente le intermittenti di Parigi . . . . ».
Non possiamo tacere poi il caso nel quale dice di aver ottenuto successi dal *chinino incorporato col midollo di bue ed applicato per frizione sulla colonna vertebrale:* poichè non sapremmo decidere se dovesse tenersi mezzo curativo il chinino o le frizioni.

Poscia egli parla di altro caso pratico, quello cioè

delle febbri troppo bruscamente soppresse pel chinino senza l' uso di preventive evacuazioni. *Voi leggerete,* ei scrive, *negli autori che tale metodo espone ad ostruzioni, a torpori viscerali, a paralisi, e che devesi rimediare provocando il ritorno degli accessi purgando, facendo vomitare, e poi amministrando metodicamente il chinino. . . . . Io vidi fra gli altri un uomo giovane, attaccato dalla intermittente, che dopo aver preso in una volta del chinino, divenne impotente nelle sue gambe. Ciò era a* Xeres nell'Andalusia. *Io non facea grande uso di sanguisughe in quel tempo, poichè avrei dovuto applicarne in buon numero all' addome; ne applicai poche, ma lo salassai, gli diedi degli ammollienti, vuotai il canale intestinale con lavativi, amministrai qualche lieve sudorifero, ed in seguito la china. In quattro o cinque dì fu guarito.*

Vidi altri casi nei quali i malati erano attaccati da meteorismo pronto per aver preso troppo bruscamente il chinino; altri aveano una peritonite, una gastrite che causavano quindi disordini. Cosa significava ciò? Che si avea messo la chinina in organi ammalati.

Convien sempre, voi il vedete, ritornare ai nostri principj: distruggere le irritazioni colle sottrazioni locali, cogli ammollienti, i raddolcenti, ed amministrare i febbrifughi nel dappoi. Se l' intermittente è grave, si porta il chinino sull' organo che lo può ricevere, non tralasciando però di pensare che, passato in circolo, non soprairriti lo stomaco. Allora lo si sospende e lo si rimpiazza con altri febbrifughi. Si ha l' OPPIO *che può essere associato ai mucilaginosi, ai gommosi, ai sudoriferi. . . . ecc.*

Passa di poi a parlare delle *perniciose miasmatiche;* e quivi avverte che le *perniciose non sono tutte miasmatiche,* essendo poi certo che le *miasmatiche offrono più*

perniciose delle altre. — « La causa sta evidentemente » nei miasmi paludosi che aggiungono al freddo umido » alternante coi calori, l'*avvelenamento*. Ma tutte le paludi non comunicano poi la *stessa malignità;* e ve ne » sono di quelle che non agiscono che per l'*alternativa* » *del freddo umido e del calore* ».

Empedocle s'*immortalò* per *aver deviato il corso di due ruscelli infetti che mantenevano in* Selinunte (in Sicilia dove Apollo tenêa un oracolo) *delle febbri perniciose. Tutti* vi *languivano* e le *femmine partorivano pria del termine. Dopo il risanamento del luogo, fatto da questo grande filosofo, la salute pubblica fu ottima.*

Discorso qualche cosa sulle località come causa di tali febbri, passa ai sintomi. « Tali febbri hanno maggiore ir- » regolarità delle comuni; ed il *principio di reazione* » sembra *impedito dal veleno*, da cui ne risultano con- » gestioni violenti o viziosamente aumentate in varii or- » gani.

» Nelle *febbri comuni* la reazione che scioglie *può* » *essere impedita* da un *focolare flogistico antico* che » mantenga la congestione e la febbre dopo l'accesso.... » E bene! nel caso attuale *non havvi bisogno alcuno* » *di flemmassia antica, e nemmeno di* DISPOSIZIONE *flo-* » *gistica per dare alla febbre un carattere pernicioso.* » L'AVVELENAMENTO *miasmatico solo è sufficiente* ... ».

Dopo di ciò parla della divisione delle perniciose, e poscia delle necroscopie. « Nei soggetti, egli scrive, morti » rapidamente per febbri perniciose, si trovano delle *con-* » *gestioni* SENZA INFIAMMAZIONI. In Italia ed in Ispagna » ho aperto di tali soggetti, e vi ho trovato delle con- » gestioni o nel canal digerente, o nel polmone, o nel » capo, ecc. QUANDO ERANVI STATI PIÙ ACCESSI *la infiam-* » *mazione era caratterizzata* ».

La cura la divide come nelle semplici. Quivi però non

tarda tanto nella somministrazione della china o del chinino; poichè rimediato l'accesso o col *trattamento antiflogistico,* o *coi rivellenti, cogli stimoli,* ecc., comanda subito in buona dose il chinino per l'una via o per l'altra a seconda che sia permesso; e soggiunge che l'amministrazione di esso deve esser fatta *le plus tôt possible* . . . . .

Di sopra parlando della *febbre etica* trovammo che egli si compiacque assai, ed a ragione, di aver messa in chiaro quell'affezione. — Che questa morbosità l'abbia colpito fin dapprincipio de' suoi studj, lo troviamo nella sua operetta *Ricerhe sulla febbre etica*, stampata fin dal 1803 e dedicata all'illustre Pinel.

Quantunque quell'opuscolo non porti l'impronta autorevole del Broussais professore, perchè scritto da esso lui giovane ancora e non istruito da quella pratica e da quegli studj che lo resero nel dappoi così celebre; pure in quel primo scritto noi non lo veggiamo servile e cortigiano, e vi troviamo fatti non immeritevoli di tutta la considerazione medica. — E ponendo da parte, ripetiamo, tutte quelle considerazioni e tutte quelle argomentazioni che provengono dal modo diverso di ravvisare i fatti, noi non considereremo che i fatti stessi; e di essi, quelli ove meno possano cadere sospetti od equivoci.

Per es., noi troviamo una donna di 50 anni portata all'ospizio di Varsavia nel marasmo il più completo con degli accessi di *lenta febbre*. Una dieta succulenta la ristabilisce prontamente, poichè la miseria l'avea condotta a quel punto. Oss. 4.ª

Heistero vide la figlia di un consigliere di 18 anni, magrissima ed assai soggetta ad emorragie nasali. Essa, senza causa conosciuta, cadde in una *febbre etica*, dalla quale fu guarita col succo di cedro, colle acque minerali e col vino usato moderatamente. Caso dove vedesi un'analogia causale con altro osservato da Riedlin, e con altro osservato dall'Hoffmann. Oss. 17.ª

Un teologo, piissimo, studiosissimo, sapientissimo, cadde nel marasmo, essendo lontano dal suo paese; e provò una febbre lenta, a dir vero, ma sensibile. Il suo medico, dopo un esame scrupoloso, non potè attribuirla che allo studio, e vedendo che si prolungava per varie settimane, lo consigliò a ritornare alla patria, alla dieta lattea ed al riposo intellettuale. — Pria di ritornare alla patria guarì. Oss. 18.ª.

Un fanciullo, figlio di un Prefetto militare, fu da suo padre confidato ad un colonnello. Non ancor distante sei miglia dal suo paese, ansietà precordiali, inquietudini, perdita di appetito e sintomi febbrili non equivoci. Dopo molto tempo trovato che ciò dipendea dal desiderio di ritornare alla sua casa, trovato inutile ogni altro mezzo, si accondiscese; ed il giovane, ridotto all'agonia, guarì perfettamente. Oss. 25.ª.

Questi fatti, secondo il mio credere, domandano molta considerazione; poichè non credo che in essi potrebbesi ritenere con tanta facilità come causa, una infiammazione di qualche localià.

Molti altri fatti tratti dalla stessa opera del Broussais potremmo registrare, ma in essi l'esclusione di una località affetta non sarebbe così netta e precisa da poter perfettamente tranquillare il medico osservatore.

Anche noi ebbimo, sono già molti anni, a prestar l'opra nostra ad una donna gravida in quinto mese che, febbricitante di piressia continua, non lasciava scoprire sede alcuna morbosa. Ogni indagine ci riuscì inutile « ogni mezzo usato colla più grande cautela fu invano adoperato ». Non riposo e dieta austera; non salassi piccoli e ripetuti; non digitale e nitro; non altre sostanze. Arrivato il momento naturale del parto, la donna disimpegnava questo atto regolarmente, come lo avea fatto molte altre volte. Eseguito il parto, ne seguì lo scolo dei locchj normali, e si ebbe la cessazione totale della febbre che mai più ricomparve.

In questo caso sembra chiaro che la cagione della febbre possa esser creduta una condizione subflogistica dell'utero; ma nei casi di sopra riportati non credo così facile il ritrovarne una.

E quantunque parlando delle *etiche* di Galeno noi abbiamo detto che quelle febbri si devono ritenere dipendenti da una condizione flogistica di qualche parte; pure onde scrupolosamente trattare l'argomento, non possiamo fare a meno di notare le suddette eccezioni le quali domandano una considerazione matura ed una soluzione non precipitata; specialmente se ad esse si aggiunga l'opinione del grande Baglivi.

Riassumendo questo Caposcuola, oltre alle osservazioni ed ai rimarchi fatti tratto tratto, noi crediamo essenziale la distinzione della *irritazione* dalla *infiammazione* e dalla *subinfiammazione*. La prima può esser fatta da qualsiasi agente, e può presentare una quadruplice forma: la seconda e la terza sono forme particolari di essa.

L'*irritazione* si *trasporta,* dice l'Autore, ma per non cader in errore e prevedendo che l'*irritazione infiammatoria* e l'*irritazione emorragica* non si trasportano, aggiunge: se però tale linguaggio non vi piace, diremo che nata un'*irritazione in una parte*, molte volte si vede contemporaneamente insorgere un simile disordine in altra parte: ciò che è ben diverso, diciamo noi, potendo avvenire o per *simpatia sinergetica,* o per *diffusione*, o per *trasporto* di materia morbosa: ed è ben differente, ripetiamo, poichè espressivo di natura e di precetti terapeutici diversi.

Nè crediamo poi che quell'illustre credesse in fatto che l'*irritazione* e l'*infiammazione* fossero sorelle; poichè avendo detto che l'*irritazione* non ha una marcia ed un corso fissi; questo tanto egli non potea averlo certamente esteso alla vera infiammazione, specialmente dopo quanto di grande e di vero ebbe provato il nostro Tommasini.

L'*irritazione* che produce una *febbre* è una *lieve differenza* dell'infiammazione; e la febbre è una IRRITAZIONE CARDIACA PRIMITIVA O SIMPATICA.

Ecco quindi che l'Autore materializza la *febbre* in una morbosità cardiaca; e così volendo *dissenzializzarla*, ne forma di essa un' *Ente*, contro quanto professiamo noi. Ed in vero ritenendola un *calore morboso*, non la diciamo che un fenomeno: ma non antecipiamo.

Le *febbri essenziali* si riducono a *gastroenteriti semplici* o *complicate*.

E siccome le *irritazioni* possono essere continue con esacerbazioni, così anche le febbri essenziali saranno *gastroenteriti* con *esacerbazioni*.

La *intermittente* è una *gastroenterite* in cui l'*irritazione* si sposta e si trasporta agli esalanti cutanei dando una crise per sudore. Le *remittenti* sono quelle dove l'*irritazione* non si sposta completamente.

Ora come mai l'*infiammazione*, processo che non si sposta, sarà la causa delle intermitttenti? Noi troviamo poca verità in tal fatto; e diciamo poca, poichè esso non è che l'esagerazione di quello professato dal Galeno, che noi nè sempre, nè tutto assolutamente possiamo ammettere: fatto che, *mutatis mutandis*, venne copiato dall'italiano Giacomini e venduto da esso come frutto di sua esperienza, e come sua invenzione. — E noi non lo possiamo ammettere, perchè il valore dei fatti e la scoperta della china l'ebbero infirmato. Ciò che, speriamo, saremo per dimostrare.

Le *perniciose* non differiscono dalle *semplici* che pella violenza e pel danno delle congestioni. Ma tale proposizione che si legge fra quelle che trovansi premesse al suo *Examen*, deve essere modificata per quanto insegna la sua patologia.

Quivi troviamo di fatto che le *perniciose*, altre sono *miasmatiche*, altre nò. Quindi la proposizione ammessa nel

suo *Examen* sarà attendibile o no per le *non miasmatiche;* ma per quelle che sono tali, havvi ancora l'altra potente causalità, l'*avvelenamento miasmatico* che basta egli solo.

Nei morti per tali malattie, il nostro Autore scrive che si trovano CONGESTIONI SENZA INFIAMMAZIONI, se la morte sia avvenuta *rapidamente;* ciò che significa che la malattia non è *primitivamente e per sua natura*, FLOGISTICA.

Nello stesso Trattato troviamo spiegata la causa della periodicità colle alternative *del caldo e del freddo;* teorica non recente, e sostenuta molto prima dal Puccinotti.

Non possiamo poi menargli buona la definizione della voce *diatesi*. Ed in fatto così scrive: « L'*irritazione* » TENDE a propagarsi per similitudine di tessuto e di » sistema organico: ciò è quello che costituisce le *diatesi* » da cui si vede ch'egli per *diatesi* intese una *tendenza*, un'*inclinazione*, un'*attitudine*, non un *atto* ed un *fatto compiuto*.

Dal tutto detto ci sembra che il Broussais, ben meritevole di elogio, di stima e di riconoscenza, non possa però esser detto inventore; ma acuto, esperto e grande coordinatore di quanto trovava fatto dagli altri e che avea verificato colla propria esperienza. — E tale illustre, ricco di erudizione, non dobbiamo tenerlo plagio degli italiani, come volle alcuno; ma come quegli che istruito dallo splendore dei fatti e delle dottrine altrui, seppe cangiarle in suo proprio succo e presentarle ai suoi studenti unitamente al frutto della sua vasta e molta pratica e de' suoi profondi studj.

Il modo franco del suo insegnamento improvvisato; la sua logica stretta e severa; la relazione, l'analogia e la coordinazione dei fatti presenti in appoggio del suo dire; lo fecero eminente e duce di molti illustri, fra i quali citeremo i principali.

Boisseau. — Questo celebre medico, conosciuto quale benemerito alla scienza, sostenne la *medicina fisiologica*, specialmente nella classe *Febbri*.

Nel 1824 pubblicava una sua opera: *Piretologia fisiologica*, che varie volte veniva ristampata ed ottenea l'approvazione generale.

In questa opera, da tutti conosciuta, troviamo intanto che la malattia viene stabilita una *lesione di uno o più organi;* per cui meglio del Broussais vi comprende così la causa prossima e l'alterazione da essa prodotta: inferiore però a quella degli antichi, poichè non ogni lesione di organi alteri le funzioni, e non ogni lesione sia morbo.

E qui però conviene che ci facciamo contro del nostro illustre francese, quando dice: *I diversi gruppi naturali od artificiali hanno ricevuto il nome di* MALATTIE; e che diciamo esser questo un errore non abbracciato dalla generalità, ma solo professato da coloro che, poco filosofi, intesero assai male le dottrine de' nostri predecessori. — I diversi *gruppi* di sintomi furon detti *sindrome*, come egregiamente egli notò; ma *sindrome* presso gli antichi non fu mai *morbo;* e chi volesse sostenere un tale errore, potrebbe esser rimandato a studiare un pò meglio quei codici che polverosi ed inutili contengono tanti studj, tanti sudori e tante sementi lasciate infeconde dalla generale poltronìa.

Egli fa la distinzione della *irritazione, nevrosi stenica*, dal suo grado un pò maggiore che ammette anco un lieve *disordine vascolare sanguigno;* e da uno maggiore ancora ch'è l'*infiammazione* co' suoi prodotti.

Egli scrive che fino ad oggi si usò di dare il nome di *infiammazione* ad uno stato di una parte che presentava rossore, calore, dolore, tumefazione; che potea così essere ancor detta purchè non si fosse ritenuto uno stato *sui generis*, ma solo un grado di *irritazione*.

Dice *irritazione nervosa* quella de' filamenti nervosi

che si crede accompagnare gli ultimi rami vascolari. Dare il nome di *infiammazione* all'irritazione dei vasi sanguigni capillari; e ritenere *subinfiammazione* l'irritazione degli esalanti, è mettere la questione fuori de' nostri sensi e nella ipotesi; è fare una distinzione riprovata dalla logica *perchè sconosciuta* dall'*anatomia patologica. Nevrosi, infiammazione, subinfiammazione, emorragia*, non rappresentano malattie, ma gruppi di sintomi, effetto di irritazione, varietà di essa.

Noi però diciamo che tale distinzione non può essere antilogica pel motivo ch' è sconosciuta dalla anatomia patologica. Ed in fatto se le suddette forme morbose sono diverse, deve anche ammettersi diversità di luogo. D'altra parte la logica va assai di spesso oltre ai sensi ed al microscopio.

Una distinzione migliore crede l'Autore che sia quella dell'*irritazione continua, remittente* ed *intermittente;* e qui loda molto il Pinel, il quale fece fare un *grande passo alla scienza*, additando che una *malattia non cangia di natura anco cangiando di tipo.* Cosa, secondo noi, falsamente attribuita al Pinel, quando si voglia in coscienza intender bene il modo di spiegazione degli accessi dato da Galeno: modo che fu dopo lui, e come suo, ripetuto da tutti i medici fino al secolo XVII.

Egli crede sfuggiti all'attenzione del Broussais due fatti: 1.° che un'*irritazione acuta o cronica* possa produrre l'*astenia del tessuto e dell'organo ammalato, tanto se i segni locali o simpatici dell'irritazione persistano, quanto se cessino con essa: — 2.° che i fenomeni simpatici dell'irritazione possono continuare anche cessata l'irritazione.*

Noi però troviamo che tali due fatti non possono essere stati dimenticati da un medico teorico sì, ma eminentemente pratico, come fu il Broussais. Ed in fatto il primo non è che l'effetto di quanto si osserva in molte

malattie flogistiche. Guarito il morbo, la parte non entra subito nello stato normale; ma passa, per fasi molte e successive di debolezza, di maggiore e minore sensibilità, di funzione più o meno inceppata ed imperfetta, a seconda delle varie idiosincrasie delle parti ammalate e delle cure prestate. Questo fatto di transizione fra la malattia e la salute, conosciuto dal Broussais come da ognuno, non fu chiamato dall'illustre prof. di Val-de-Grâce una *irritazione;* poichè tale non era, nè tale veniva dai fenomeni dimostrato.

Il secondo fatto non significa altro che una parte, caduta ammalata per consenso, seguita ad esserlo ancorchè guarita la primitiva affezione. Ora quando un sommo pratico scrive che gli *organi simpaticamente irritati* possono contrarre l'*irritazione* ad un grado superiore a quello del primo organo affetto, indica ancora che il disordine simpatico puote esistere sopra il primitivo e continuare da sè indipendentemente da esso. — Ora tali due fatti compresi nei canoni generali di tutte le medicine di questo mondo, inspirati anche dal solo buon senso, e le mille volte provati dalla pratica, possono mai essere stati dimenticati da un uomo come si fu il Broussais?

E qui seguitando noi l'analisi della sua introduzione, faremo al prof. Boisseau lo stesso rimarco che femmo al sig. prof. Lepelletier, vale a dire che egli non comprese perfettamente cosa sia metodo *derivante* e cosa *revellente.* Ed in fatto così egli scrive:

« A tali mezzi che costituiscono il metodo anti-irritativo propriamente detto altrimenti nominato *antiflogistico*, devonsi di sovente aggiungere l'impiego degli *irritanti* messi a contatto di un tessuto *più o meno lontano* dall'organo irritato. Questi *irritanti* sono: 1.° i rubefacenti, i vescicanti e gli escarotici della pelle; 2.° i vomitivi ed i purgativi, gli stimoli diffusivi, gli stimoli fissi ed i tonici delle membrane mucose. Tali

» mezzi appartengono al *metodo derivativo,* quando l'or-
» gano col quale si mettono a contatto *non sia* l'or-
» gano irritato ». — Ora chi non vede che viene appellato *derivativo* il metodo chiamato dalla più alta antichità *revellente*?

Parlando delle *febbri* in generale, comincia egregiamente osservando che gli antichi tenevano la *febbre* come un *fenomeno*, come un *sintomo;* ma poscia cade subito nella ignoranza delle opere antiche, dicendo che fu dal Galeno che un tale nome venne tenuto quale una malattia; mentre sappiamo che Galeno ci disse chiaramente l'opinione degli antichi e la propria in termini ben diversi.

Parlando della *febbre inflammatoria,* nota che tre sono le sue varietà, almeno secondo i pratici: 1.° *effimera;* 2.° *sinoca inflammatoria propriamente detta;* 3.° *sinoca* od *infiammazione grave.* — Poi soggiunge: « Queste tre varietà non differiscono solo nell'*intensità,* ma anche per la *sede* ». Ora come mai tre febbri che differiscono di *intensità* e di *sede* possono essere messe quale varietà di una sola? Come mai dire che una febbre dove il cuore stesso puote essere *infiammato*, non è che una varietà dell'altra ove il cuore non è che *irritato* ed anche *simpaticamente?* Mentre che sappiamo la differenza immensa che passa fra *irritazione* ed *infiammazione.* E ciò lo diciamo in onta agli sforzi fatti dai medici francesi onde fare apparire una sola gradazione di fenomeno, ciò ch'eglino stessi stabilirono di natura differente.

Per la qual cosa noi non ammetteremo mai che una *effimera* non sia che una *varietà* della *sinoca grave;* varietà, cioè, della così detta *febbre infiammatoria;* e condanneremo sempre all'anatema che *ces variétés ne sont évidemment que de nuances des degrés, ou le résultat de l'extension de la même maladie.*

Sentasi poi come chiaro ed esplicito scrive questo dotto:
« Oggidì sulla natura di questa febbre (infiammatoria)
» non havvi che una voce. Si conviene che i fenomeni
» che la caratterizzano dipendano da una *stenia*, da un
» *eccitamento*, da un'*irritazione*, da un'*angiostenia*, da
» una *iperemia*, da un'*infiammazione*, termini *sino-*
» *nimi* che tutti designano un eccesso di vitale atti-
» vità ».

Noi per dir vero rendiamo tante e tante grazie al professore di una tale lezione di sinonimia. *Stenia* sinonimo di *infiammazione*, di *angiostenia*, di *iperemia!* Ma, egli forse soggiungerà, tali affezioni o sintomi, non domandano forse un trattamento simile? Certo, noi risponderemo, ma per quanto simile possa essere il trattamento, noi diremo ch' egli non forma da sè stesso il criterio sulla natura del morbo e sulla sua sede; e ripeteremo che *stenia* non è *iperemia*, che questa non è *angiostenia*, che queste tutte non sono *infiamamzioni*.

E per aggiungere forza alla sua opinione ci seguita a raccontare che gli autori concordi nella natura, non lo sono però nel luogo affetto. — Tanto è vero, noi ripeteremo, che gli effetti della causa morbosa non furono mai riscontrati nella loro sede.

Noi quindi concederemo solo che per *febbre infiammatoria* debbasi intendere quella che viene eccitata da qualche *affezione flogistica* di una parte qualsiasi, non concedendo un tal nome a quelle febbri tutte che così furono erroneamente chiamate dagli autori — e perciò sempre sintomatica.

Visto così come l'*effimera* sia stata erroneamente fatta della stessa natura dell'*infiammatoria*, attendiamo all'esame della *febbre gastrica*.

Rispetto a tal *febbre* egli mette nella stessa classe l'*imbarazzo gastrico*, l'*imbarazzo intestinale*, l'*imbarazzo gastrointestinale*, la *febbre biliosa*, il *cholera*.

Le cause di tali affezioni sono: l'età adulta, la vecchiezza, il temperamento bilioso, la debolezza, un'eccessiva sensibilità, i climi caldi ed umidi, i luoghi paludosi, gli ospitali, le prigioni, i vascelli, i campi, l'estate sul declinar dell'autunno, l'eccesso negli alimenti di natura indigesta ed irritante, i funghi velenosi, il frutto dell'ananas, il ber freddo quando si è in sudore, le bibite alcooliche, i vomitivi, i purgativi, gli antimoniali, l'arsenico, la verminazione, ecc., trasportando così testualmente il Pinel.

Da Galeno in poi, dice l'Autore, la produzione di tali malattie fu attribuita alla bile acre o in quantità. Cullen non fece giustizia di tale errore, il quale fu anche diviso dal Tissot, da Finke, da Selle, dallo Stoll. — Secondo l'Autore fu Pinel e Fordyce che ne stabilirono la sede nello stomaco, nel duodeno, e nei visceri secretori della bile e del succo pancreatico; ma non vi videro che una *irritabilità febbrile.* Tommasini stabiliva tal febbre in una flogosi del fegato e delle prime parti intestinali. *Ciò fu una felice rettificazione*, egli scrive, *dell'opinione del* Galeno *che avea riconosciuto un' irritazione delle prime vie.* Broussais *andò più oltre e provò che lo stomaco era la vera sede.*

Sopra un tale argomento parlando del Meli dicemmo già abbastanza; come anche allorchè parlammo del Tommasini; donde ogni lungheria inutile.

Passa quindi a parlare della *febbre mucosa*, sulla quale dice che non è più necessario rifiutare le supposizioni di Galeno, di Carlo Le Poiz, dello Selle, dello Sàrcone, del Roederer e Wagher, di Pietro Frank, sul giuoco che tengono la sierosità, il glutine, la pituita, nella produzione di tal febbre; perciocchè lo *studio fisiologico delle cause* non conduce ad ammettere come causa prossima di una tal febbre che un' *irritazione gastrointestinale. Ed è così che dimostrano i sintomi non equi-*

voci di gastroenterite che si osservano in qualsiasi febbre mucosa... ed è così che *dimostrano l' apertura dei cadaveri.*

Trattando della *febbre adinamica* mostra, ad uno ad uno, che i sintomi non esprimono *adinamia.*

E parlando sull' alterazione del sangue mostrata da MM. Gaspard e Magendie, anche ritenuta, scrive: « nul- » laostante, dietro le loro ricerche, ne risulta che nella » *febbre adinamica* havvi *gastroenterite, cardite, pneu-* » *monite;* o ch' è per tali infiammazioni, e sopratutto » per la prima, che la maggior parte dei soggetti peri- » scono per tale febbre; e che per conseguenza conviene » combatterla pei mezzi appropriati al trattamento di tali » flemmassie, salvo le modificazioni relative alla causa pro- » duttrice, insegnate dall' osservazione di tanti secoli e » non per le esperienze, d' altronde ingegnose, di questi » fisiologi ».

Nota che il Laënnec ebbe ad osservare il *rammollimento* ed il *color violaceo* del *cuore*, nelle *febbri essenziali* e specialmente nelle *adinamiche:* che il Ribes ritenne queste febbri quale effetto dell'*infiammazione* della *porta ventrale*, della *epatica* che va talvolta *fino all' orecchietta destra del cuore.* Il quale ultimo Autore fino dal 1816 avea annunciato aver avuto egli fondamento di ritenere che le *vene* ed il *sangue venoso* fossero principalmente affetti nelle febbri adinamiche. — Ma noi però rimarchiamo che lo stesso Autore per ispiegare la cosa avea detto: « Si incontrano, è vero, dei soggetti » nei quali le traccie dell' infiammazione venosa sono poco » marcate; ma si sa con quale rapidità esse smariscono » sul cadavere per l' effetto della morte. Se si esamini » la parte affetta da resipola in un individuo morto da » tale malattia, le traccie dell' infiammazione sono quasi » tutte scomparse: lo stesso è dell' infiammazione delle » vene. . . . . Così per me resta provato che negli indi-

» vidui morti di febbre adinamica, per quanto leggiera » che sia in apparenza la infiammazione degli intestini, » havvi sempre infiammazione della porta ventrale.... ». — E rimarchiamo questo fatto e queste ragioni le quali fanno manifesto, che mentre si vuole riconoscere l'esistenza di un' alterazione sanguigna, forse molte volte primitiva alle flogosi delle varie parti, e che tale alterazione la si deve ritenere capace di pungere, di mordere, di irritare e di flogosare i solidi; si dimentica o si misconosce l'azione che tale sanguigna alterazione avrebbe da esercitare sulle fibre nervose encefalo spinali, disordinandone per tal modo le funzioni.

Parlando del trattamento di tale affezione, dopo di aver detto che il Botallo, che Guy Patin, che Hecquet, che Chirac, e Baglivi, e lo Swieten, ed il De Haen, e Sydenham, ed Huxham e Stoll aveano ristretto il numero degli ammalati nei quali i *tonici* erano indicati, nota che il Brown avea gettato i medici fuori dell'esperienza; poi seguita: « Un primo passo *incerto* fu fatto in Italia, » verso un miglioramento divenuto molto necessario, dai » signori Rasori e Tommasini; ma fu in Francia e dal » Broussais che fu decisamente sciolto il problema della » natura delle *febbri adinamiche*. ... »

Ma se il sig. Boisseau avesse badato bene a quanto scriveva lo stesso Broussais, non avrebbe certo così parlato. Ed in fatto noi troviamo che il prof. di Val-de-Grâce diceva:

« Tuttavia una giustizia è dovuta ai *nostri confratelli* di oltre alpi. Essi *ci hanno preceduto nella pubblicazione di una grande verità*: essi hanno proclamato che la maggior parte delle *febbri* che Brown » chiama *asteniche*, che i medici del Nord qualificano di » *nervose*, e che i nostri medici francesi infine hanno » riunito sotto i due titoli di *adinamiche* ed *atassiche*, » devono essere trattate col metodo raddolcente ed an-

» che antiflogistico. Essi hanno anche il vantaggio per
» qualcheduna delle *febbri lente* che noi diciamo *etiche*,
» per qualche affezione ghiandolare, e per la maggior
» parte delle nevrosi, come l'ipocondria, l'isteria ed al-
» tre molte. Effettivamente fu nel 1805 che Tommasini
» proclamava queste importanti verità; e la *Storia delle*
» *infiammazioni* non fu pubblicata che nel 1808. Tut-
» tavia la mia opera non fu calcata sopra quelle di que-
» sti autori, *di cui non avevo conoscenza alcuna;* es-
» sendo che io praticava in Udine, nel Friuli, unicamente
» occupato nel mio Ospitale militare, e non avevo idea
» alcuna di quanto passava a Bologna ed a Milano e
» nelle principali città della bella Italia ».

Ed a tale dichiarazione del Broussais noi prestiamo intera fede; poichè egli fu uomo eminentemente onorato. In secondo luogo nella sua opera sulle infiammazioni si vede chiaramente ch' egli non era istruito nella scuola italiana.

Se adunque così parlava il Broussais e dava agli italiani l'onore di averlo preceduto; perchè mò il sig. Boisseau vorrebbe spogliare gl'italiani di tale onore per darlo all'illustre francese che spontaneamente lo attribuiva a noi?

Le lezioni tenute pubblicamente dal Rasori e la descrizione dell'*epidemia* di Genova, mostrano ancor meglio la giustizia del sig. Broussais verso gli italiani. — E per dir vero pochi quanto questo illustre fecero ragione alla nostra medicina.

Parlando della *febbre atassica* il sig. Boisseau così disse: « Vi sono casi di *febbre atassica* in seguito alla
» quale non si trova *assolutamente traccia alcuna di*
» *lesione*, non solo nel *cervello*, non solo negli *organi*
» *digerenti*, ma in *nessuna altra parte*: e questi sono
» i meno numerosi. Tuttavia non sono così rari quanto le
» *febbri adinamiche senza traccia di gastroenterite*;

» quantunque sieno meno comuni di quanto generalmente » si pensa ».

Ora se noi poniamo a confronto questi fatti coi *duecento e più casi sezionati* da Prost, nei quali trovò costantemente la *gastroenterite*, dovremo certo congbietturare l'una delle due: o la *febbre atassica* non essere una *gastroenterite*, od i casi osservati dal Prost non essere stati *febbri atassiche*. — Così ci sembra dover argomentare, perciocchè così ci sembra, secondo quanto disse il Rasori, d'esser consoni a quella *semplicità* ch'è propria della *verità* e del *ragionar giusto.*

Per guarir tale affezione, *ch' è assai difficile*, convien combattere l'*irritazione dell'encefalo* tirando sangue dal capo e dalle estremità inferiori; applicando del ghiaccio sul primo, immergendo nel bagno caldo le seconde; e dando all'interno delle bevande tiepide o fredde.

Se lo stomaco sia infiammato, sanguisughe all'epigastrio con fomenti tiepidi all'addome: *se siavi diarrea*, sanguisughe all'ano e lavativi ammollienti ed anodini: *se dolore* in qualche punto addominale, sanguisughe sopra di esso.

Gli stimoli diffusibili dello stomaco e degli intestini, i vescicanti e gli eccitanti della pelle che muovono vivo dolore, saranno severamente allontanati. I rubefacienti si useranno a fine di promuovere lieve rossore.

Tale si è il metodo generale che *deve esser seguito.* Se egli non è sempre coronato, è almeno *appropriato* alla *natura* ed alla *sede* del male.

Vi sono dei casi in cui il sangue deve essere tratto in abbondanza: degli altri dove si deve usare grande parsimonia: e degli altri nei quali il salasso è severamente proibito.

Se i *vomitivi* sono il più ordinariamente nocivi nella febbre *adinamica,* meglio lo sono nella *atassica.* I *purgativi* possono essere usati nei casi ove non havvi irrita-

zione apparente delle vie digerenti. — Il sig. Ròche li ebbe ad usar molte volte con arditezza e se n'ebbe a lodare: mai a pentirsene.

Dopo di ciò seguita:

Il non veder che una *gastroenterite*, come alcuni *fanatici*, nella febbre *gastroatassica* o nelle *atassiche* tutte, reca danno; poichè in tal caso dovrebbesi limitare la cura all' applicazione di sanguisughe. — Dall' altro lato se all' esempio di Marcus, Rasori, Clutterbuck, Georget non si vedesse in tali febbri che *meningiti* ed *encefaliti*, l'*irritazione* delle vie digerenti resterebbe sconosciuta e negletta.

Ora indovinatela, diremo noi: casi di *febbre atassica* non mostrarono lesione alcuna nè degli *organi digerenti*, nè del *cervello*, nè di altre parti: lo dirigere sottrazioni di *sangue* ed una cura *antiflogistica*, contro il *capo* e contro l' *addome*, costituisce un metodo curativo *appropriato* alla *natura* ed alla *sede del male*: *fanatico* è chi vede una *gastroenterite*: poco conoscitore chi sola una *meningite*: i *vomitivi* sono contrarii, perchè aggravano il capo: i *purganti* sono utili contro l'*irritazione* e la *flogosi* delle vie digerenti.

Indovinate voi, diciamo, queste contraddizioni e queste false verità scolastiche.

Parlando del *tifo* egli riferisce l' epidemia di Rochefort del 1694 trasmessaci dal Chirac. — In quell' incontro la malattia si presentava con un freddo glaciale, con cefalea e pesantezza al capo e con abbattimento straordinario: il polso si faceva appena sentire. Poi succedevano nausee e vomiti quasi continui, quindi diarrea di materie sierose, o miste di giallo, verde, caffè, nero, e soventi sanguinosissime. — Il polso si rilevava difficilmente: gli ammalati si riscaldavano appena, e nei due primi dì non riacquistavano il calor naturale. Alcuno moriva in tal tempo e nel freddo. Generalmente il polso spiccava poco

fino al 4.° dì in cui diventava o naturale, o frequentissimo e debolissimo; e così restava fino alla fine del morbo.

Apparivano macchie purpuree fino dal 4.° dì, o nei seguenti. La febbre raddoppiava nella sera. Nel 4.° e 5.° dì gli ammalati deliravano od assopivano. Il ventre si tendeva e l'ipocondrio destro si faceva dolorosissimo. Sudori nel 7.°, 11.° e 14.° — Epistassi molte.

Necroscopia. — Cervello sempre *ingorgato* di sangue nero fisso o livido. Fegato *infiammato* ed *ingorgato.* Stomaco ed intestini *rossi, infiammati* con macchie livide. Vasi centrali pieni di sangue.

Dopo di questa descrizione passa alle osservazioni del Pringle che noi conosciamo; quindi alla narrativa del *tifo* del 1757 che, sviluppato nella squadra dell'ammiraglio Dubois de la Mothe, invase Brest. Tale narrativa è tratta dal Poissonier-Desperrières.

In tale incontro la malattia cominciava con lassezza, pesantezza oppressiva, cefalea gravativa, debolezza delle facoltà intellettive, tendenza all'assopimento. Poi polso molle, piccolo; inquietudine; vomiti; bocca cattiva e flato fetido; occhi abbattuti od animati e vivi; infiammazione della congiuntiva, lagrimazione, brividi irregolari, dispnea; volto *livido* e *piombino.* Nel progresso *calor acre* alla cute, polso piccolo e concentrato, o più forte e rialzato, od intermittente ed irregolare. Nella sera, esacerbazione febbrile con freddo a tipo doppio terzanario; dolor allo stomaco ed al fegato; vomiti di materia porracea e giallastra; tensione degli ipocondri e dell'addome. — Alcuni con ventre libero, altri con ventre chiuso. — Delirio quieto o furioso; pelle secca; odore dei sudori insopportabile; materie fecali fetidissime; lingua secca, nera; sete da principio, poi minore; convulsioni; carfologia; macchie purpuree, livide, nere; alcuna volta sordità ed anco amaurosi.

Dopo il 7.° dì afte gangrenose alla bocca ed alla gola;

sudori vischiosi e freddi; dispnea; singhiozzo; agitazione; dejezioni *orribilmente fetide;* escoriazioni; alle volte *antraci;* soventi *petecchie* e *miliare.*

Necroscopia. — Malgrado i sintomi cerebrali, in venti cadaveri il cervello non mostrò lesione veruna, se si eccettui un qualche piccolo ingorgo in veruna. Ma la cosa stessa non si ebbe nei visceri addominali; poichè, fegato livido; epiploon quasi fuso donde non se ne rinveniva che qualche traccia; canale intestinale in sfacelo; e qualche volta suppurazioni gangrenose ed ingorghi del polmone. — Rispetto al cuore, il sangue che lo riempiva era di color nero e sciolto.

Il Boisseau quindi scrive:

« Il Poissonier conchiude che la malattia era dovuta » ad un' *infiammazione* seguita sovente da gangrena e, » *secondo lo spirito del tempo*, dipendente da una *so-* » *stanza acerrima* e *putrefatta*, e poscia nel seguito egli » non vede più in tale flemmasia una *vera infiamma-* » *zione* ».

Noi trasanderemo Pinel riportato dall'Autore, come pure trasanderemo l'Hildebrand, come quegli che nella sua descrizione non sia stato veritiero ed abbia contemplato nel tifo *regolare* una malattia da nessun mai veduta; e nell'*irregolare* od *anomalo* i casi varii dalla pratica presentati.

Critica il Broussais che non ammise il *tifo sporadico;* poichè tale affezione dipende da un miasma che *agisce violentemente* sul sistema nervoso, lo *fulmina* e lo *paralizza,* e può *ammazzare in pochi istanti senza permettere reazione:* ciò ch' è contrario a quanto vedemmo. Che il Broussais abbia poscia fatto poco risultare la condizione morbosa encefalica, ciò è vero, e noi pure siamo dell' avviso del sig. Boisseau. Intendasi bene: la *condizione morbosa,* non l' *infiammazione.*

Rimarca poscia che nei *tifi* furono osservati, oltre che

macchie, flemmoni, bubboni, parotidi e carbonchi; per cui tali affezioni assunsero talvolta il nome di *febbre purpurea*, di febbre *petecchiale* e di febbre *pestilenziale*.

Riconosce, quale cagione particolare, i miasmi insorti dall'agglomeramento di uomini e di ammalati, nei campi di battaglia, negli ospitali, nelle prigioni, ecc.; ma ritiene che tale malattia si sviluppi anche dietro le cause che producono le febbri *adinamiche* e le *atassiche sporadiche*; come p. e. gli alimenti insalubri, l'umidità, i timori, la paura, circostanze senza cui i miasmi tifici restano il più ordinariamente inattivi; e che *anche senza tali miasmi* determinano *primitivamente* le epidemie. — M. Desgenettes ha osservato, nota l'Auore stesso, che l'umidità prolungata basta per aggiungere ai fenomeni del *tifo* qualcheduno di quelli della *peste*.

Quale sia l'organo dove agiscano primitivamente tali miasmi non crede sia facile stabilire. Tuttavia ritiene che questo sia il luogo di richiamare che l'injezione di sostanze animali putrefatte nelle vene, determina infiammazioni dei visceri.

Seguitando lo stesso argomento, passa al trattamento della malattia.

« *Ribattere il calore* e la *rarefazione* del sangue e » prevenire il suo *inspessimento*; dare una *scossa* al » fegato ed al polmone; render pervii i vasi che trasportano la bile e la fanno scolare; diminuire la distensione » dei vasi e rimediar alla *flogistica* disposizione dei visceri ed alle *infiammazioni* interne ed esterne; preservare il sangue dalle *alterazioni* che possono fargli » provare le cattive fermentazioni dello stomaco e degli » intestini; prevenire finalmente la *rottura* dei vasi cerebrali, del fegato e del canale intestinale e la *erosione delle membrane* di quest'ultimo; tali sono le indicazioni date dal Chirac ».

Quindi salasso al piede, purganti, emetici, bibite mu-

cilaginose e leggiermente aromatiche, o preparate dai succhi antiscorbutici; gli oleosi; poscia gli stimoli, qualche astringente ed assorbente.

Nel principio, quando la reazione non era stabilita, prescriveva il giglio, la confezione jacintina, lo zafferano, il laudano, il sale ammoniaco, il sale volatile di vipera. Quando il calore aveva invasa la cute, dava il decotto di robbia, di chelidonia maggiore, di lingua cervina, di cerfoglio, ecc.; come anco usava i tartrati, i solfati, i nitrati, il salasso.

Quest'ultimo mezzo doveva esser fatto nel principio tanto più abbondante, quanto più la debolezza delle funzioni dei visceri i più interessanti era grande; e lo si conveniva più volte reiterare nelle 24 ore ed anco nelle 12, tirando 4-5 *scodellette* di sangue di tre ore in tre ore fino a che il polso si fosse fatto più teso. Salassi meno copiosi e meno numerosi erano dannosissimi, secondo Chirac; e perciocchè fossero più revulsivi conveniva aprir sempre la safena, non le vene del braccio o del collo. Onde ischivare la sincope, l'ammalato era tenuto a capo basso, mettendogli in bocca un pò d'acqua o di vino, e lasciando scolare due oncie di sangue per volta se ne tirava 12-14 oncie in un quarto d'ora od in un'ora.

Ai soggetti *vigorosi*, subito dopo il salasso, nel 1.º o 2.º dì, dava 4-6 grani di emetico in 4-5 cucchiaj di brodo: ai *dilicati*, 4 grani in 2-3 oncie di manna. Poscia bibite mucilaginoso-aromatiche.

Allorchè l'ammalato era male nutrito ed avea il polso debole e molle, senza fare salassi, ricorreva all'emetico.

Se l'ammalato dopo tali mezzi diveniva *pallido*, *livido*, cogli *occhi appannati*, *infossati*, col *polso piccolo*, *frequente*, *ineguale*, *freddo*, e con *diarrea* o con *dissenteria*, ricorreva al giglio, al sale ammoniaco, al zafferano, ecc.

Chi crederebbe, esclama il Boisseau, dopo ciò che

il Chirac volesse che i medici fossero « attentissimi a » prevenire con molto senno l'*infiammazione gangre-* » *nosa* dello stomaco e degli intestini, e quelle del cer- » vello e del fegato? ».

Il Chirac biasimando l'uso dei *grandi cordiali* e dei *grandi diaforetici,* seguita sempre il Boisseau, si levava con forza contro la pratica dei medici inglesi ed alemanni della sua età, che non vedevano nelle febbri maligne che gli effetti di un sottile veleno e prodigavano gli *alessiteri*; mentre egli nel caso di nausee e di vomiti, insisteva nel salasso e nell'uso dei vomitivi; e così *per mezzo della più felice contraddizione,* vietava che si dessero alimenti ed ancora brodo.

Egli è quindi evidente che Chirac, cieco per una teoria chimico-umorale (sempre scrive il Boisseau) non seppe approfittare dei preziosi rimarchi che avea fatto nelle sue ricerche di anatomia patologica; e che in luogo di togliere dal trattamento delle febbri di Rochefort il guazzabuglio polifarmaco combinato da' galenisti e da' paracelsisti, ei si limitò ad insistere sul salasso più che non era stato fatto fino a lui.... ed è da ciò che si può spiegare il successo che il Chirac ottenne dalla sua pratica.

Rispetto al Boissonier, scrive il Boisseau, egli volea che nei soggetti vigorosi si cercasse di condizionare il sistema vascolare in modo che formasse il sangue *untuoso onde dovesse operare una crisi salutare;* e che nei predisposti alla discrasia scorbutica si combattesse questa e si opponesse alla depravazione ulteriore dei succhi. — Per ciò emetici, salassi, purganti, e nel seguito la china. Consigliava ancora l'etere solforico preso a goccie nello zucchero, e le bibite acidule.

Ora sulle cose dette una qualche riflessione.

Necroscopie contradditorie: tutti sono persuasi che tali affezioni sieno prodotte da un miasma, da un prin-

cipio deleterio e venefico; come pure alcuni sono persuasi che tali affezioni nascano anche spontaneamente.

Dopo quanto abbiamo professato parlando della medicina Rasoriana e Tommasiniana, ecc., noi non potremmo certo ammettere che le flogosi in queste affezioni sieno franche e pure, e non sostenute da un principio irritante. Questo è il motivo che la cura di tali affezioni non è sempre così semplicemente antiflogistica e sempre eguale; donde alcune domandarono il salasso, altre lo proibirono: alcune vollero i purganti, altre nò: alcune i controstimoli, altre in certi incontri ed in certi momenti gli stimoli, ecc.

Nella cura del sig. Chirac poi noi non troviamo quel *fatras* di medicine, così nominato dal Boisseau: noi non troviamo quella pretesa *contraddizione felice* nell'uso del salasso e dell'emetico; noi non veggiamo una idea torta o rovescia nel domandare ai medici la loro attenzione onde non nascano infiammazioni gangrenose viscerali. Noi anzi siamo tanto persuasi che il sig. Chirac fosse un eccellente pratico; che, viva Dio, preferiremmo d'esser curati da un Chirac che da un Boisseau. — Il *tifo non è una flogosi franca;* e le *flogosi*, in tale malattia, *si formano nel corso e sono a base irritativa;* non sono semplici e schiette, perchè sopra solidi privi della plasticità naturale ed annaffiati da umori inquinati.

Passando alla *febbre gialla*, leggiamo che con tale nome intendesi, secondo Currie, una varietà della sinoca, secondo Villiam, della febbre biliosa; secondo Devèze, della infiammatoria putrida; secondo Macbride, della putrida; secondo Waron, della maligna; secondo il Sauvages, del tifo; secondo Chisholm della pestilenziale; secondo Pinel, della gastrica atassico-adinamica.

Ora se da tali opinioni si dovesse inferire qualche argomentazione, noi non vedremmo che un dilemma, vale a dire: o che la *sinoca,* la *biliosa,* la *putrido-infiam-*

matoria, la *putrida*, la *maligna*, il *tifo*, la *pestilenziale*, la *gastrica atassico-adinamica*, sono una varietà di una stessa malattia e con esse anco la *febbre gialla;* o che i suddetti autori hanno certamente errato nell' unire malattie diverse riferendole ad uno stesso genere.

Noi ci crediamo dispensati dallo trasportare la descrizione dei sintomi, poichè già li conosciamo.

L'Autore si fa la domanda se tale febbre sia *essenziale*, e vi risponde che nol crede. Lasciamo gli argomenti che ci pajono assai poco validi, essendo noi persuasi per altro che uno dei cardini della medicina sia lo stabilire la localizzazione del morbo. — Riducendo a tale uopo quanto l'Autore stesso ci riferisce sulli ritrovati necroscopici, noteremo che:

Bally attesta che i cadaveri *non offrono alcun soggetto di osservazione* quando la morte sia arrivata dal primo al terzo dì.

Che M. Rochoux dice di aver trovato del sangue sparso nel tessuto cellulare intermuscolare — ma ch' è l' addome che mostra più costantemente lesioni, e per accordo di tutti i medici, la mucosa gastro-duodenale, per flogosi, ulceri, gangrene.

Che M. Chevrin, avendo gustato sovente le materie differenti contenute dallo stomaco, credette di aver sentito il gusto del sangue, altre volte l' amaro, l' acre, il corrosivo. Il fegato secondo lo stesso quasi sempre è voluminoso, ingorgato di sangue, ecc., e di rado con traccie di suppurazione.

Che M. Rochoux trovò i reni infiammati in un quarto dei morti.

Che M. Dalmas ebbe a trovare affetto il solo cervello, od il solo polmone.

Che le necroscopie fatte a Barcellona dal Bolles, dal François e dal Pariset nel 1821 ci diedero: color giallo della pelle e petecchie — aracnoide cerebrale di rado

opaca — ventricoli laterali con poca quantità di siero — alcuna volta spandimento di sangue fra la dura madre ed il cranio — la protuberanza anulare senza lesione — la fine del midollo spinale imbevuta di siero giallo, limpido — non rossore nella dura madre, non opacità nell'aracnoide — non infiammazione nella pia madre.

La pleura, la mucosa bronchiale, il polmone, il pericardio, qualche volta con qualche traccia flogistica — il cuore con grumo albuminoso, giallo, trasparente, specialmente nel destro ventricolo; e ciò costantemente.

Lo stomaco in *pochi casi senza infiammazione.*

I tenui partecipanti della condizione dello stomaco; ed i crassi di rado.

Sette decimi in 19 cadaveri (13. $^{3}/_{10}$! ?) contenevano liquido bruno con fiocchi abbondanti simili a feccia di caffè, od a sego diluito nell'acqua; fegato più voluminoso e color rabarbaro.

Che M. Audouart nella stessa epidemia trovò le cose stesse.

Che M. Thomas in dieci cadaveri, nel 1822 nella nuova Orléans, trovò nel maggior numero spandimento di sangue nero nel midollo spinale e nei muscoli circostanti; un color rosso nelle membrane; e traccie non equivoche di flogosi di stomaco.

Tali risultati mostrano, secondo l'Autore, che l'infiammazione della mucosa dello stomaco fa la principal parte nella *febbre gialla*; come fanno anche presumere che il midollo spinale ne sia di frequente partecipe.

Ed allo stesso Autore sembra che Tommasini sia stato il primo ad ammettere idee sane sulla natura e sede del male.

M. Dubreuil dalle sue ricerche fu condotto a stabilirla una *gastro-enterite atassica* o *adinamica, dovuta ad una causa deleteria o ad un virus sui generis*; non come una flemmassia franca, ma piuttosto *maligna.*

Urbain Coste crede che per *febbre gialla* sieno state descritte varie malattie aventi di comune un'*inflammazione* ed un' *itterizia.*

Se tali cose le aggiungiamo a quanto dicemmo allora che parlammo del Tommasini, credo che meglio limpida risulterà la nostra opinione. Ove le necroscopie non sono in *perfettissimo accordo,* e le cure, *mutatis mutandis* tutti gli indicati che non fossero permessi dal caso, dall'individuo, dalle concomitanze, ecc., e le cure, ripetiamo, neppure; crediamo che la ragione stia dalla nostra parte.

M. Devèze crede che la *febbre gialla* non sia contagiosa. Il maggior numero dei medici degli Stati Uniti e delle Antille hanno adottato tale opinione.

M. Bally crede all'*importazione* ed al *contagio*, e ciò per la sua osservazione a Barcellona. Molti medici di quella città sono di opinione contraria.

Secondo M. Urbain Coste l'opinione più accreditata in Andalusia è che l'*importazione sia dimostrata,* ma *senza rapporto al contagio.*

L'essere affetti i primi che visitano un naviglio proveniente dalle Colonie fa credere che l'*aria della febbre gialla* (el ayre de la calentura amarilla) sia portata dal vascello. Il *contagio* non porta l'idea di un virus specifico, ma l'avvelenamento per un gaz, e così la sua propagazione.

Una verità rassicurante, per le contrade settentrionali d'Europa, è che al di là del 43° di latitudine boreale non si dilatò mai.

Un gran numero di volte si osservò dopo il 1684 al Brasile, al Perù, alla Gujana, a Darien, alla Nuova Granata, alle Antille, a S. Domingo, al Messico, all'Avana, nella Luigiana, nella Florida, negli Stati Uniti, alle Canarie, in Africa, in Spagna, a Livorno nel 1804; giammai in Francia, se non fu nei Lazzaretti.

In più parti dell'America essa regna più o meno tutto

l'anno; ma specialmente con certi calori. Al di là dei tropici essa cessa. Mai si manifesta quando il termometro non arriva a 15° o 16° R.

In America attacca di rado i creoli, i negri, i mulatti. Di rado un individuo ne resta due volte affetto.

Di rado porta le sue stragi al di là di 12 leghe dalla spiaggia del mare; fatta eccezione la via di fiumi considerevoli. Non sembra aver passato catene di montagne. In America mai si vide nelle altezze.

La *febbre gialla* si sviluppò anche a bordo di vascelli che non avevano comunicato con terra. Ciò non nacque che fra i tropici.

I venti del sud, dell'ovest sembrano favorirla.

Se l'abbassamento di temperatura prolungata arresti le stragi della malattia, una corrente momentanea di aria fresca è la condizione più favorevole al suo sviluppo. Così si esacerba dopo una pioggia che rinfresca; e per una causa opposta l'insolazione la determina frequentissimamente.

La *febbre gialla* del 1823 al Porto del Passaggio in Spagna, vicino S. Sebastiano, fu portata dal brick Donostierra. Essa non fu contagiosa alla città; ed i soggetti che andarono a morire nei dintorni non propagarono la malattia. Essa attaccò 85 persone, di cui 37 uomini e 38 donne. Venti guarirono prima dello stabilimento del cordone. Sui 65 rimasti al Porto del Passaggio 24 morirono.

L'epidemia di Gibilterra del 1828 in cui 3500 furono gli attaccati, dei quali 1660 morirono, fu stabilita dal signor Chevrin, che vide molte epidemie del nuovo mondo, identica alla *febbre gialla.*

Essa fu opinione che abbia dipenduto dai numerosi condotti che passano sotto le vie di Gibilterra. Essa non fu contagiosa.

Col signor Chevrin furono mandati due forti conta-

gionisti, M. Louis e M. Trousseau. Malgrado tutti i loro sforzi, questi signori non poterono pronunciarsi, nè sull'origine locale, nè pel suo contagio.

E per dar maggior peso e valore aggiunge che soli tre medici inglesi si sono pronunciati contrariamente, vale a dire:

M. Pym, sopraintendente generale delle quarantene in Inghilterra.

M. Broadfoot medico delle Quarantene in Gibilterra.

M. Barry uno dei più caldi partigiani dell'origine locale e della non contagione prima dell'arrivo del signor Pym.

Vale a dire due interessati ed un aspirante cortigiano.

Tutte queste osservazioni le si uniscano con quelle di sopra portate dell'Humboldt, e veggasi mò quanta differenza facciano fra la *febbre gialla* e le tante *febbri* di cui la si vorrebbe specie: e veggasi mò se verisimile molto sia che sotto tale titolo siano state portate varie affezioni: e veggasi mò se sia da rigettarsi l'idea che proveniente il morbo da una causa straniera, possa egli a seconda delle concomitanze causali degli individui, dei luoghi, dei cieli, delle stagioni, prendere *forma morbosa* mentitrice; *mentitrice* diciamo, perchè non eguale in tutti i tempi del morbo, ed espressiva perciò una natura morbosa diversa ed una complicazione di cagioni e di effetti.

Parlando del trattamento, noteremo solamente come il Balles abbia rimarcato che i vomitivi riuscirono di rado in America. Egli ordinava colà, nei due primi dì, dei lavativi anodini, dei mucilaginosi, dei lassativi quando il meteorismo e la tensione ipogastrica erano pronunciati. Vi aggiungeva canfora e chinino a dosi forti se mostravasi prostrazione, ed alcuna volta aceto per prevenire la decomposizione. — Il laudano e la teriaca erano utili nell'alvo troppo scorrevole.

Bally trovò possente ausiliare il bagno tiepido, nel quale faceva stare l'ammalato per ore diverse e ripetutamente.

Il Boisseau nota come usato dai negri il *bagno freddo* con successo tale da autorizzare a ricorrervi; ma soggiunge ch'egli si determinerebbe difficilmente a prescriverlo in un ammalato che fosse minacciato al capo ed al petto. (Ciò che mostra quanto poco pratico e poco buon teorico egli sia).

Il Bally usò spesso bagni freddi al capo con pediluvii caldi e senapati.

Questo stesso medico trovò che i fomenti caldi all'epigastrio, che gli epitemi di canfora, di oppio e le frizioni eteree, ivi usati, moderavano i vomiti.

Il vescicante, al contrario, e le coppette secche dovevano proibirsi.

Nei casi poi di grandi emorragie erano utili le bibite fredde ed acidulate cogli acidi minerali, il decotto di china, di serpentaria, acidulati essi pure, ecc., ecc.

Il Boisseau duolsi che l'esperienza non abbia peranco pronunciato decisiva sentenza sul salasso. — Quasi tutti i medici lo rigettano, egli dice; e Bally trovò che i salassati morivano due dì prima.

Mentre che Devèze, Dalmas, Moseley, Rochoux lo ammettono nel principio. Non devesi dimenticare che le ferite delle sanguisughe scolano sangue che non così spontaneamente può esser fermato.

Nell'epidemia del Porto del Passaggio M. Jourdan ebbe ad accertarsi: che il salasso fu funesto nei più — che i vomitivi aggravarono la malattia — che i lavativi d'acqua salata o con aceto furono dannosi — che addolcenti e mucilaginosi ed oleosi diedero buoni effetti — che le sanguisughe applicate subito all'epigastrio arrestarono il morbo — che gli stimoli esterni sono stati utili nel secondo periodo del male.

E sopra tutto quanto fu detto del trattamento non possiamo fare a meno di rimarcare, e specialmente ai giovani, che tutti tali precetti messi così assoluti, provengono dalla poca capacità artistica, poichè essi tutti devono essere soggetti al modo con cui presentasi il morbo, e secondo gli individui. — E ciò specialmente perchè trattasi di malattia causata dall' influenza di principii stranieri e disaffini, che variamente attaccano gli organismi e diversamente sono da questi sentiti: indipendentemente anco dall' essere essi mascherati da altre cause morbose concomitanti, che fanno prendere al morbo una *forma diversa.*

Ecco l' errore del maggior numero dei pratici e di quasi tutti i teorici: quello cioè di voler formare un caso concreto di contingibilità variate e diverse.

Vorreste trattare forse istessamente un caso di *febbre gialla,* tanto se si presentasse nelle due prime, quanto nella terza maniera notate dal Palloni a Livorno? Trattereste forse egualmente tanto la *malattia* con *piressia continua* quanto quella con *piressia intermittente:* motivo per cui la china in Vera-Crux non diede risultati, mentre ne ebbe dati alle Antille ed in Spagna: motivo per cui il Clark e l' Harles furono indotti ad ammettere diversità di morbo?

Passiamo alle *febbri intermittenti.* — Così comincia questo scrittore:

« Allorchè Pinel riunì le *febbri intermittenti* alle
» *continue,* in un piccolo numero di ordini, pel cui sta-
» bilimento non ebbe riguardo al tipo, non si conobbe
» il servizio eminente che rendeva alla patologia. Anche
» oggidì molti medici sono lontani più che mai dalla sua
» opinione, poichè sperano di trovare nella storia delle
» intermittenti degli argomenti contro la nuova teoria
» delle febbri in generale; altri affine di farsi perdonare
» la loro adesione alle nuove dottrine in quanto risguarda

» le febbri continue. Qualche partigiano timido dei nuovi » principj prova una specie d'imbarazzo, quando si domanda ad esso se si applicano facilmente alle febbri periodiche: tali sono i motivi che mi determinano a trattare particolarmente di queste malattie ».

Il nostro signor Boisseau crede che siccome tutte le intermittenti si possono cangiare le une nelle altre, così il tipo non sia che una *circostanza secondaria*.

Nota che oltre al venir distinte, dagli autori, le febbri dal tipo; vennero anche divise in *febbri* di primavera e di autunno; in squisite o legittime e prolungate; in salubri ed insalubri; in benigne e perniciose. Soggiungendo che la distinzione non gli sembrò inutile, poichè fa conoscere che quelle di primavera hanno sintomi flogistici non equivoci: che la seconda consacrò un errore, vale a dire che la febbre possa essere curativa: che la quarta è utile eminentemente nella pratica; e che la seconda è puramente scolastica.

Nota ancora che il Pinel penetrato dalla verità che il tipo debba esser preso in considerazione meno assai del *carattere*, cioè dei sintomi (*Indole?*), avvicinò le intermittenti alle continue, e le divise in infiammatorie, gastriche, mucose, adinamiche, atassiche.

« Le *intermittenti infiammatorie*, seguita egli, furono » osservate dal Sydenham, dal Pringle, dall'Huxham, » dal Selle. M. Fizeau ci fornì degli esempj così spec» chiati che mi rincresce non poterli riportare.

« Alcune volte, ed il più sovente, dipendono da un' » *irritazione poco profonda* dello stomaco... altre da » un' insolazione; ed allora sono l' effetto di un' *irrita*» *zione* encefalica più o meno partecipata alle vie di» gerenti..... In qualche circostanza dipendono da un'*ir*» *ritazione momentanea* dell' utero nelle figlie giovani » e nelle femmine pletoriche... presso i giovani che abu» sano del coito, dipendono da un' *irritazione bron-*

» *chiale* o *pleuritica* che può dar origine ad una tisi...
» Così fra le *intermittenti* devono esser collocati i casi
» che arrivano per una irritazione della vescica dalla
» presenza di una sonda o da ritenzione di orina cau-
» sata da stringimenti uretrali, o da altre cause meccani-
» che esistenti in altre parti dei visceri addominali ».

Sopra il sopradetto crediamo osservare che la divisione delle febbri intermittenti in *spurie* ed *isquisite*, la quale riposa sopra la divisione degli antichissimi, ha un immenso valore in terapeutica; poichè stanno in tale distinzione le indicazioni della china o meno; e ciò perchè si danno delle *intermittenti* che *subcontinue* e *subintranti*, sono nùllaostante *squisite* e domabili dalla china. È vero che vi sono delle *intermittenti perfette e precise* che non sono domabili dalla china, e perciò da ritenersi spurie: ma è appunto sopra un tale fenomeno di un' *intermittenza domabile o nò*, di una *subcontinuità* domabile o nò dalla china, che regna ancora in patologia ed in terapeutica una grande confusione: la quale conviene che confessiamo che sta non nella natura dei fatti, ma nell' imperfezione dell' arte nostra nel discernerli e spiegarli. — Non crediamo per esempio che se una affezione intermittente periodica non sarà toglibile dalla china, dipenderà sempre perchè il suo momento causale sarà amovibile ed indestruttibile da quel farmaco, e ciò perchè di natura *primitivamente diatesica vascolare* anzichè *nervosa*. Vale a dire che la ripetizione degli accessi dipenderebbe da un'affezione dei *solidi* e della *vascolarità* in particolare, che irradierebbe di tempo in tempo al sistema nervoso la sua influenza; invece che un' *affezione nervosa primitivamente* e *specialmente* trarrebbe in consenso il sistema vascolare.

Oltre a ciò troviamo che il signor Boisseau si espresse *ambiguamente* ed accumulò fatti *impropriamente*. *Ambiguamente* quando nominò le *intermittenti infiammatorie*,

poichè non si sa se abbia voluto intendere *intermittenti* ASSOCIATE ad una *condizione flogistica locale*, cosa facilissima; ossivero l'*infiammazione* essa stessa intermittente — vera contraddizione di termini. — *Impropriamente*, perchè unì sotto il nome di *irritazione* un cumulo di fatti ben diversi. Ed in vero un'insolazione, un sopraeccitamento dell'utero, un'irritazione bronchiale, ecc., non possiamo tenerli tutt' una cosa; specialmente sotto la voce *irritazione*, che pei francesi abbraccia un campo estesissimo.

2.° La *febbre intermitente gastrica* segue soventi la *febbre gastrica continua*.

Chi potrebbe non conoscere una gastro-enterite nell'una mentre la riconosce nell' altra? — Tale confronto e tale conseguenza, così naturali pel prof. francese, ci sembrano affatto avventate. Ed in vero come conseguenza, non di recente ritrovato, ma di fatti e di teoriche antiche, ammetteremo per poco la *febbre gastrica* in tutti i casi quale una *gastro-enterite*.

« Allorchè siamo attaccati da *corizza* (troviamo nei » codici antichi, quale esempio visibile e palpabile) e so» praggiunga dalle narici uno scolo d' umore, sa la *co*» *rizza* continui, lo scolo diventa acre; e nella parte » che acquista somma caldura nasce tumefazione. Che » se più a lungo corra la cosa, segue anche l' esulce» razione delle parti molli. — L' ardore poi delle na» rici diminuisce, *non quando si fa la flussione, nè* » *quando esiste l'infiammazione, ma allorchè l'umore* » *si fa più crasso, più concotto e meno acre* ».

Ora trasportiamo questo naturalissimo e specchiatissimo esempio alla *febbre gastrica intermittente* che segue la *febbre gastrica continua*, ossia la *gastro-enterite*. — Allorchè siamo attaccati da *flussione* alla mucosa gastro-enterica, nasce da essa una secrezione. Se tale *reuma* (infiammazione con flussione) continui, lo

scolo diventa più acre; e nella parte che *acquista somma caldura* nasce tumefazione. Che se più a lungo corra la cosa, segue anche l'esulcerazione. — In tutto questo tempo la *febbre sintomatica* sarà *continua*; poichè mentre durerà l'ardore e l'inflammazione locale, anche la febbre non potrà che rimettere. L'ardore intestinale poi diminuirà *non quando si farà la flussione, non quando esisterà* l'*inflammazione*, ma allorchè l'umore diventerà *più crasso, più concotto e meno acre;* vale a dire *nel terminare* l'*inflammazione*. Ora egli sarà appunto in tal tempo che la febbre rimetterà grandemente ed intermetterà.

E sarà in questo tempo stesso che noi sosteniamo che la flogosi non più esisterebbe; giacchè la vera inflammazione implica non una sola flussione sanguigna, ma una condizione ancora energetica dei solidi, che non soffra nessuno degli agenti che mettano la fibra ad uno stato di eccitamento e donde nasca il *consenso universale*. Ma perchè possa accadere l'*intermittente*, converrà che vi concorra il *quid divinum*, vale a dire la *costituzione dominante*.

Ora se nella *corizza* passata alla condizione di dare una secrezione catarrale matura, crassa e concotta, sarà permesso di usare sostanze che irritano la parte con utile della stessa (cosa che sarebbe contraria se la parte fosse flogosata) noi ci crediamo in autorità di dire che la condizione della mucosa non sarà certamente la stessa. E come nella *corizza*, così anche nella *gastro-enterite*.

Per la qual cosa se tali due stati locali saranno eminentemente diversi, perchè curabili diversamente, noi diremo che sarà anche eminentemente diversa la febbre che sarà per accompagnarli.

3.° Le cose stesse noi le diremo anche rispettivamente alla *febbre intermittente mucosa*, sola varietà della *gastro-enterite* che costituisce la *febbre mucosa continua*.

4.° Noi nôn faremo critica della *febbre intermittente adinamica*; poichè la stessa scuola fisiologica la dice ancora fondata sopra fatti poco numerosi.

5.° Nè, dopo quanto dicemmo parlando delle febbri d'accesso degli altri autori, ci crederemo obbligati a parlare della *atassica* rappresentante le *perniciose.*

Cosa diremo del *tifo intermittente* dell' Hildebrand? Cosa della *intermittente gialla* del Devèze? Noi ci teniamo autorizzati sopra di ciò a rimandare il lettore alla storia di tanti secoli ed a quanto abbiamo detto e diremo sulla *febbre gialla* e sulla *perniciosa.* E solo ripetiamo che il *tifo intermittente* e la *febbre gialla intermittente*, non sono nè ciò che si addomanda *tifo* dalle scuole, nè ciò che si dice *febbre gialla;* conciossiachè la *forma morbosa* non sia la stessa nè sia lo stesso il metodo di cura. E ciò lo ripetiamo per quelle stesse ragioni che nel 1.° volume mostrarono essere un massimo errore che il *cholera intermittente* sia il *cholera spontaneo, sporadico, endemico, virulento. asiatico.*

« Può essere, aggiunge il Boisseau, che si arrivi » un giorno a mostrare che molte *febbri intermittenti* » sono dovute all' *irritazione periodica* di altri organi » oltre a quelli di cui parlai; ma fino a qui nulla prova » che il fegato, il pancreas, la milza, i gangli mesenterici, » possano primitivamente essere irritati in tali malattie.

« Tutto ciò che Galeno, Baillou, Spigelio, Senac, dis- » sero sulla parte che fanno tali località nel produrre la » febbre intermittente in generale, deve attualmente es- » sere applicato alla gastro-enterite, od almeno all' irri- » tazione secondaria che esse subiscono sotto l'influenza » di tale infiammazione, senza che d' altra parte possasi » accusar di falsità contro i risultati ulteriori dell' os- » servazione. Qualche fatto mi porta a pensare che certe » febbri intermittenti sieno dovute all' infiammazione dei » tenui o del còlon solamente ».

Se la storia possa così autorizzarci, lo dica l'ingenuo lettore che ci avrà seguito mano mano nella rivista delle fatiche dei nostri grandi maestri.

Il nostro Autore fa la domanda se le *irritazioni polmonari* sieno sì sovente la causa di periodiche? E risponde che in più di 100 casi di *intermittenti* il signor Roche non vide che un solo caso di *pneumonite intermittente*. Ma sopra tal fatto noi domanderemo perchè abbia egli cangiata l'*irritazione* in *infiammazione?* Crederebbe forse sufficiente il Boisseau per caratterizzare una pneumonite l'esistenza di un *rantolo crepitante?* Noi non lo crediamo. E non lo crediamo, poichè teniamo sufficiente alla produzione di un tale fenomeno una sola angioidesi capillare. Nè crediamo che una sola angioidesi attiva basti a stabilire che un'affezione debba essere caratterizzata una flogosi.

Il nostro scrittore crede che l'*intermittenza* dei fenomeni morbosi, designati per *febbre*, provi solo che dipendono da un'*affezione organica intermittente, o soggetta a dei raddoppiamenti caratterizzati da tali fenomeni*. Ma nulla però prova che tale affezione debba essere una flogosi.

Nota quindi l'opinione del Willis, del De le Boè, del Borelli, del Torti, del Boerhaave, dello Stoll, del Selle, del Franck e del Reil, sullo sviluppo di una materia fermentabile nel sangue; dell'introduzione del succo pancreatico troppo acido; dell' irritazione dell' estremità nervose, dei nervi, del cervello, e del cuore, dipendente da un'acrimonia del succo nervoso; di un'affezione inesplicabile nervosa e specialmente delle prime vie; e di oscillazioni giornaliere ed esacerbantisi nella sera, dipendenti dalle varie funzioni e specialmente della nutrizione. — Nè sorpassa l'idea del Roche (che la storia dice non sua) che la causa della intermittenza dipenda dall'intermittenza dell'azione delle cause che si ripetono e che influenzano l' abitudine;

che sono il caldo diurno ed il freddo umido della notte, e lo sviluppo di materie putride animali e vegetabili in date ore, ed il loro ritorno alla superficie terrestre in date ore.

E l'Autore crede che pensando alle *febbri intermittenti* che, per mezzo delle *subintranti* si uniscono alle *continue*; ed alle *intermittenti* che spesso nelle *continue si permutano*; egli crede migliore la credenza e la decisione fatta dalla scuola francese che le collocò tutte in una classe.

E se alcuni medici dicessero che le *intermittenti* sono puramente nervose, ci dicano, egli scrive, *perchè le febbri nervose sieno intermittenti e come queste differiscano dalle nervose continue?*

E vuole il lettore vedere ancora per qual turno di ragionamenti il Boisseau si faccia forte per sostenere la sua opinione?

Pinel, egli dice, provò che le *febbri intermittenti* che si dicevano senza infiammazione, sembravano tali perchè erano nel loro principio o nella loro declinazione; e poscia aggiunge: non havvi *intermittente* senza sintomi di *irritazione* predominante in qualche parte; e, non fossevi che quella del cuore, noi non saremo autorizzati a disconoscerla e perciò a collocare la sua sede vagamente nel sistema nervoso.

M. Guérin de Mamers, seguita il nostro scrittore, pensa che i centri cerebro-spinali facciano senza dubbio la loro parte, e la principale; ma traendo in simpatia le funzioni del circolo. Dunque il sistema sanguigno fa una parte necessaria, ch'è il *trasporto* e l'*accumulamento* del sangue sugli organi ammalati. Non puossi quindi dire assolutamente che l'*intermittente* abbia sua sede nel sistema nervoso.

Il Guérin divide le febbri in quelle che dipendono da una primitiva eccitazione dei centri cerebro-spinali, ed in

quelle dove tale eccitazione non è che *simpatia* di altre parti. Le prime danno subitamente l'*intermittenza;* le seconde, da principio *continue*, si trasformano in *intermittenti.*

Quindi conchiude:

« Che i medici poco numerosi, che pretendono ancora » che nelle *intermittenti* siavi qualche cosa di specifico; » e perciò che sieno essenziali, ci dicano in che consista » questa *qualche cosa;* che ci facciano conoscer la causa, » la natura, e le indicazioni che ne seguono. E fino allora » noi continueremo a vedere nelle intermittenti, delle » *irritazioni* d'uno o più organi che danno luogo a dei fe- » nomeni intermittenti. Egli è tempo che il cognito prenda » il passo sopra l'incognito ».

E poscia orgoglioso seguita:

« Perciocchè tali febbri sono intermittenti, si pretese » che non potessero dipendere da un'infiammazione. Ma » nessuno disse che fossero dovute ad un'infiammazione » così intensa quanto quella del tessuto cellulare; poichè » è sufficiente di crederle dipendenti da una loro varietà » sia leggiera sia intensa di tale stato morboso. *Io non mi* » *arresterò a provar contro il sig.* Tommasini *che l'in-* » *fiammazione la meglio caratterizzata può mostrarsi* » *col tipo intermittente;* faccio appello all'esperienza dei » pratici ed all'erudizione dei medici istruiti, e perciò a » lui stesso. Il sig. Tommasini crede di non aver mai visto » flemmasie intermittenti, perchè egli ha preso per febbri » essenziali quelle che si sono offerte nel corso della sua » pratica.

» Se ho mostrato che le febbri intermittenti non diffe- » riscono dalle continue che pel tipo, e che una differenza » di tipo non annuncia differenza specifica della natura del- » l'alterazione organica; egli resta provato che le une e » le altre dipendono da un'irritazione locale, la cui esten- » sione e profondità è a desiderarsi che venga studiata con » più senno di quanto si usò finora ».

Quantunque l' elemento etiologico, il patologico, ed il terapeutico non sieno d' accordo con tale dottrina, pel sig. Boisseau non è cosa di grande entità. — Ma proseguiamo.

Per curare le intermittenti la prima cosa è informarsi di tutto quello su cui vive il soggetto. Per es. « Se l' individuo viva in mezzo di *emanazioni paludose, invano* » *si prodigheranno i mezzi curativi i più energici;* » essi *mancheranno* e dovranno essere impiegati con » un' attività le cui conseguenze non potranno essere che » funeste, anche nel caso che si ottenesse la cessazione » di ciò che si chiama *febbre;* cioè dei sintomi simpatici » intermittenti di una lesione che si renderà continua a » forza di droghe. Il cangiamento di luogo, d'abitazione, di » cibo, di professione, i viaggi, guariscono più intermittenti » che le medicine. Può dirsi altrettanto delle emozioni » vive, delle affezioni gaje, delle passioni che portano l'a- » zione vitale alla periferia ».

Rispetto alla prima parte, diremo che per ammetterla bisognerebbe essere ben ignoranti e senza pratica. Rispetto alla seconda, diremo ch' ella sarebbe una maniera di medicare molto giocondamente e facilmente le infiammazioni intestinali e quelle dei visceri addominali, o di altre parti. Peccato che tutte le malattie non possano esser ridotte a tali infiammazioni.

Ed aggiungeremo poi per un' esperienza di molti anni che pochi furono i casi nei quali le medicine abbiano mancato al nostro desiderio, senza bisogno di ricorrere a cangiamento di luogo, viaggi, ecc.

« Gli antichi che non conoscevano la china, seguita » il nostro *Cicero pro domo sua*, trattavano le *inter-* » *mittenti* come le continue: essi salassavano, poi eva- » cuavano, in seguito tornavano al salasso per evacuare » di poi; e così di seguito. Una astinenza severa si or- » dinava nei primi dì ». (Noi non sappiamo dove il sig.

Boisseau abbia imparato tali fandonie, e come non abbia arrossito nel raccontarle). « Facevano frizioni con forza
» pel corpo degli ammalati, facevano bagni; poi si pre-
» scriveva il vino a dosi progressive maggiori. Nell' istan-
» te che l' accesso era per manifestarsi, riscaldavano il
» corpo con tutti i mezzi possibili . . . . ».

E sono questi forse i mezzi che guariscono le infiam-
» mazioni dei visceri interni? Per Iddio santissimo, noi non sappiamo ber tanto a garganella!

Allorchè la chinina fu portata in Europa trovò partigiani e contrarii. Il suo uso, dalle *perniciose*, fu esteso alle *continue*. — « È incontestabile, dice il Boisseau,
» che tale medicina renda inapprezzabili servizj nelle *in-*
» *termittenti*. E tali servizj sono così evidenti, quanto
» lo sono le vittime del suo uso nelle *febbri continue* ».
Ed in onta a tale verità suprema, da esso confessata, il sig. Boisseau tenne ottima la classificazione delle *intermittenti* nelle *continue*.

Dopo aver discorso sul modo di usare la china secondo il Pinel, il Sydenham, il Pringle, ecc., passa all' azione di tale medicina.

« L' azione della china fu oggetto di molte discus-
» sioni.

» 1.° Gli uni pretendono che agisca come *specifico*:
» confesso che non intendo nulla assolutamente di questa
» asserzione, ed abbandono ai più abili lo rischiaramento,
» la discussione e sopratutto la dimostrazione.

» 2.° Altri pensano che guarisca aumentando le forze
» vitali. *Io non credo che le forze vitali sieno suscettibili di aumento assoluto.*

» 3.° I terzi pensano con ragione che guarisca stimo-
» lando la membrana mucosa digestiva.

» Convenuto che il chinino guarisca le intermittenti
» stimolando lo stomaco, qualcheduno credesi autorizzato
» a conchiudere che l' *intermittente* non sia una *gastro-*

» *enterite*; poichè un *irritante* come mai guarirebbe » un' irritazione? Broussais risponderebbe: *opponendo* » *irritazione ad irritazione*, ciò che equivale a nulla ».

Ma eccoci alla spiegazione dell'Autore. Essa merita che la trascriviamo; poichè è un magnifico lavoro di ragionamenti e di conghietture. « Che mi si accordi pre- » ventivamente che due fatti dimostrati non cessano » d' esser incontestabili, perchè s' ignora come succedano, » e che la mancanza di una buona spiegazione del le- » game che può esistere fra essi, ed anco l' apparente » contraddizione che ne risulterebbe dal difetto della » spiegazione, non autorizzano a negare nè l' uno nè » l' altro. Ciò posto potrò dire: La *febbre intermittente* » *gastrica* è evidentemente un' *irritazione* delle vie ga- » striche; la china aumenta l' azion vitale dei tessuti » cui va a contatto; questa febbre cessa sovente dopo » l' amministrazione di tale medicina; nè si cerchi di » conciliare tale contraddizione: essa non è che appa- » rente, poichè nella natura non havvi contraddizione ».

Se il nostro scrittore parli bene nel ritenere come cosa dimostrata che la *febbre intermittente gastrica sia un' irritazione* delle vie gastriche, e che la china aumenti l'azion vitale; giudicherà il lettore secondo la propria religione e la propria fede.

« I medici che pretendono che la *febbre intermit-* » *tente* guarisca per l' azione specifica della china elu- » dono la difficoltà che ci oppongono; essi negano l' a- » zione eccitante della china, *benchè ciò sia un fatto*, » mentre si tratta di difender la loro teoria; mentre che » ci oppongono tal fatto quando trattasi di attaccar la » nostra. Senza creare nessuna ipotesi, senza nulla sup- » porre, e senza alcuna sottigliezza, io penso che possasi » render conto dell' azione della china nelle febbri inter- » mittenti anche gastriche, così bene come di ogni altro » medicamento in ogni altra malattia, limitandosi a rav- » vicinare ed a generalizzare i fatti.

» I. Nel caso dove si riesce meglio, la china è appli-
» cata allo stomaco durante l'apiressia, e perciò quando
» lo stomaco non è irritato: questo è il primo fatto.

A questo primo fatto noi opponiamo che in qualsiasi tempo che si somministri il chinino si ottiene l'effetto: che i tempi migliori sono o sul finire dell'accesso o poco prima che incominci: molte volte dopo il chinino il primo accesso ritorna, ciò che specialmente accade quando il chinino venga somministrato in sulla metà del tempo dell'apiressia. Sopra tale rapporto ho avuto lunga esperienza. Io ho fermato febbri somministrando il chinino mentre l'ammalato cominciava a sentire i primordii dell'accesso, somministrandolo però a dose piena, in soluzione ed in una volta: vale a dire da uno scrupolo a mezza dramma a peso austriaco. — A questo primo fatto opponiamo l'esperienza di tanti medici che nelle *subcontinue* e nelle *subintranti* somministrano il chinino durante la febbre. Ammessa anche l'*irritazione dello stomaco* (che sarebbe sempre da provarsi) questo primo fatto non è vero.

« II. La china non riesce o non agisce che incom-
» pletamente, quando la si somministri nel tempo che lo
» stomaco è *ancora irritato: secondo fatto.*

Questo secondo fatto merita di esser delucidato. L'Autore dice: *se lo stomaco sia irritato.* Se per *irritazione* egli intese *infiammazione*, in tal caso sarà da provarsi che l'*intermittente* sia dipendente dall'affezione dello stomaco. Se intese *irritato* per condizioni saburrali o per simpatia nervosa, donde egli si trovi in uno stato di disordine, di sensibilità e di motilità; in tal caso non negheremo il fatto; e diremo che l'azione della china non si spiegherà perchè la china verrà rigettata, o perciocchè sarà per produrre disordini colla azione locale che potranno possibilmente impedire il suo effetto, non venendo forse anco digerita e portata in circolo.

» III. La china aggrava lo stato dell'ammalato quando » la si dia poco tempo prima dell'invasione dell'accesso; » e più ancora quando la si somministri durante l'acces» so; nel primo caso lo stomaco è già irritatissimo, nel » secondo egli lo è al più alto grado: *terzo fatto* ».

Questo terzo fatto noi lo diremo contro l'esperienza; perchè anzi il chinino, come abbiamo detto, spiega maggiore attività dato sul terminar dell'accesso o poco prima.

Rispetto al terzo momento, sappiamo che nelle *perniciose* i pratici esperti e prudenti non guardano il tempo.

Se l'Autore crede che lo stato dell'ammalato sia aggravato, perchè dando il chinino a piena dose nell'accesso; od in momento in cui non abbia potuto spiegar la sua azione e troncare la febbre; e l'ammalato perciò provi e le molestie dell'accesso morboso e le molestie del chinino; in tal caso noi diremo, con nostro dispiacere, che il sig. Boisseau, o parlò senza pratica, o dietro un pratica poco esperta.

» Da tali tre fatti, conchiusi che la china guarisce le » *intermittenti gastriche* perchè *eccita lo stomaco*, es» sendo *assente* l'*irritazione* che si manifesta nell'ac» cesso febbrile. Tale proposizione non è che l'espres» sione generale dei tre fatti che ho indicati ».

Noi lasciamo il giudizio di questi ragionamenti e di queste conseguenze al medico che sarà per leggere queste cose, purchè sia abbbastanza esperto nella cura di tali affezioni.

Tuttociò però non è ancora sufficiente. Sentiamo il nostro Professone, poichè assolutamente lo merita, nel seguito delle sue dottrine.

« Resta che esaminiamo come l'eccitazione medica» trice che la china sviluppa nello stomaco, prevenga lo » sviluppo dell'irritazione morbosa; la quale stabilendosi » in questo viscere, determina i sintomi febbrili; e come

» agisca nel caso in cui l'irritazione delle vie digerenti » che dà luogo agli accessi, continui durante l'apires- » sia . . . . ».

« I. Alcune inflammazioni continue guariscono sotto » l' impero degli *irritanti* applicati direttamente sulla » parte inflammata: egli è così che si guarisce l'ottal- » mia per l'*allume*, l'uretrite pel *solfato di zinco*, la » resipola pel vescicatorio. Se un' *irritazione* continua » guarisce per l'influenza di un irritante, perchè non « nascerà la cosa stessa, ed a più forte ragione, rispetto » ad un' irritazione *intermittente;* specialmente, se per » applicare tale stimolante, si cerca l'istante in cui essa » non esiste?

Primieramente il sig. Boisseau epiteta con molta leggierezza: per esso l'allume, il solfato di zinco e le cantaridi sono *irritanti* tutti egualmente; e la loro azione *irritante* viene poi trasformata in stimolante.

Secondariamente egli dovrebbe aver conosciuto le molte insorte dispute farmacologiche; poichè, secondo alcuni, li suddetti mezzi sono *irritanti*, per altri *astringenti* i due primi ed *irritante* la terza; per i terzi sono invece tutti e tre *controstimoli*.

In terzo luogo noi non crediamo che l'allume, il solfato di zinco ed il vescicante guariscano l'affezione nel medesimo modo; poichè il vescicante trasporta fuori quantità forte di siero e di materia; ciò che non fanno i due primi mezzi.

In quarto luogo non si otterranno gli stessi effetti, senza dubbio, se in un collirio, per esempio, di due oncie d'acqua si scioglieranno un grano, due, cinque, dieci, venti degli stessi sali; poichè a dose così alta certamente si porterebbe danno anzichè utilità. Conseguenza ed illazione diretta e strettamente logica che i venti, i dieci, i cinque, i due grani ed il grano, sciolti nella stessa quantità di veicolo, non portano la stessa azione.

« II. Un' *irritazione* intensa provocata in un tessuto
» organico, impedisce di contrarre un' *irritazione men*
» *viva*, di risentire l'impressione di un irritante relati-
» vamente meno possente; l'azione localizzante di un *to-*
» *nico astringente* può far cessare l'azione generalizzante
» di un *eccitamento espansivo*. Così allorchè la membrana
» mucosa della bocca fu resa infiammata e dolorosa dal-
» l'azione del sangue, l'acquavite la più forte non sem-
» brerà che un dolce liquore, l'aceto si farà appena sen-
» tire, gli amari sembrerà non aver più sapore ».

Parlando della medicina antica al Canone 4.° della Terapeutica di Galeno, abbiamo mostrato come altro sia che noi non percepiamo l'azione di una sostanza, altro che tale sostanza non agisca in noi. Che se una parte *irritata* non potrà cadere in *irritazione* perchè già irritata; non perciò se verrà attaccata da nuove potenze irritanti, ancorchè più leggiere della prima, non sentirà la loro azione.

« III. S'egli è vero che la *febbre continua* sia un
» preservativo contro la *febbre intermittente*, è con'ra-
» gione che Pujol disse che la china guarisce la *febbre in-*
» *termittente* eccitando una specie di *febbre continua* ».
— Copia perfetta di quanto avea detto Hahnemann.

Tale ragionamento sarebbe simile come se si dicesse: una potenza *cinquanta* spinge una palla a balzi, ed una potenza *cento* la spinge ad una lunga parabola. Ora se la palla non correrà a balzi, ma starà ferma, sarà perciocchè avrà agito sopra di essa la potenza *cento*. — Modo nuovo di ragionare.

« IV. Se lo stomaco non sarà sede dell'*irritazione*,
» la china guarirà l'*intermittente* come guarisce un' *ot-*
» *talmia*, una *nevralgia periodica* e tutt'altra *irrita-*
» *zione intermittente* esterna ». — Producendo forse tali malattie continue?

« V. La china guarisce le *intermittenti*, sia stabi-

» lendo sullo stomaco un'irritazione che impedisca che » egli risenta l'influenza delle loro cause allorchè si di» rigono verso tal viscere, sia determinando nello sto» maco un'*eccitazione derivativa*, allorchè tale influenza » si diriga verso un altro organo ».

Qui noi troviamo confuso il *derivativo* col *revellente* e confermato quanto abbiamo detto al IV.

« VI. Se si persista che la china agisca come speci» fico contro la *periodicità*, l'*abitudine*, l'*intermitten*» *za*, si dovrà convenire ch'essa dividerà la sua pro» prietà colla gioja, col terrore, coll'arsenico, coll'op» pio, col giusquiamo, coll'emetico e con tutti gli agenti » che guariscono le affezioni periodiche ».

Tali sono gli argomenti ch'egli fa militare in favore della propria opinione.

Abbiamo poi sommo piacere ch'egli abbia rammentato « un mezzo poco generalizzato, già raccomandato » dal Silvio (volle forse dire dal Willis?) impiegato con » successo dal Lallemand per la guarigione delle inter» mittenti; quello, cioè, delle legature fortemente ser» rate alle membra ». Mezzo come vedesi eccellente per guarire le *irritazioni* (infiammazioni) dello stomaco, e senza dubbio comodissimo.

Viste così le sue idee sulle *intermittenti semplici*, dovremo passare a quanto scrive sulle perniciose? Ma siccome egli si riferisce all'Alibert, così noi non lo seguiremo.

Egli crede che possasi continuare ad usare la voce FEBBRE in quelle malattie che consistono in una *piressia sen-a localizzazione*. (*Continua*).

The Restorative Treatment of Pneumonia. — **La cura ristorante della polmonia;** *del Prof.* **UGO BENNETT.** — *Edimburgo,* 1866*; op. di pagine* 110. — *Traduzione del Dr.* ***C. Tamburini.***

Pubblico questa Memoria allo scopo di far sempre meglio conoscere a' miei collega, la grande importanza pratica delle questioni che risguardano l'efficacia della cura della polmonite per mezzo dei ristoranti. Questo lavoro consiste essenzialmente di una tavola emessa la prima volta nella quarta edizione dei miei *Principles and Practice of Medicine* (Principj e pratica della Medicina); di una maggior estensione data ai fatti statistici ed alle conclusioni che se ne possono dedurre; e di risposte alle osservazioni fatte da alcuni medici distinti a diversi argomenti compresi in questa serie di ricerche. Io spero che la conoscenza di questa tavola, persuaderà i medici addetti agli ospedali e gli altri, ad ajutarmi nella collezione di casi di polmonite acuta raccolti con tutta diligenza, disposti in tavole come la mia, onde i vantaggi della pratica vengano o confermati o negati dall'esperienza generale. Parmi che a questo modo, verrà una volta definito un punto fondamentale di medicina pratica, sì a lungo controverso.

Ogni lucida mente deve ammettere che la sola vera prova di un dato metodo in pratica medica, sta nelle guarigioni ottenute per esso. Semplice come può riuscire codesta proposizione ai non iniziati, è noto come in medicina nulla sia più difficile che lo stabilire la vera facoltà curativa di un particolar piano di cura. Provate che una malattia cammina bene da sè, cioè, che la massima parte delle volte segue un certo andamento, e termina favorevolmente, una delle due può accadere: o che vengano esaltati quali mezzi pei quali si ottenne il risultato, molti rimedj per quanto opposti nel loro modo d'azione, e quantunque tutti inerti, dipendendo in fatti la guarigione dalle forze della natura, oppure: non essendosi propinato alcun rimedio ed abbandonata a sè medesima la malattia, nascerà la questione: con qual trattamento o in quali

condizioni si dissiperà nel più breve tempo possibile? Diverse malattie, generalmente parlando, procedono bene da loro medesime, tra codeste, il delirium tremens non complicato, l'ipertosse, l'erisipela. Sonvi d'altronde altre malattie, che sono considerate assai pericolose e che danno sempre un buon numero di casi fatali, qualunque sia il sistema di cura adottato per esse. Tra queste, la polmonite, la quale, per la frequenza, pei sintomi violenti che l'accompagnano e per l'ansietà cui sempre dà luogo, deve occupare l'osservazione del pubblico e del pratico.

La polmonite ha per altro questo vantaggio, che l'osservazione combinata dei sintomi funzionali e dei segni fisici ce la rivela in modo sicuro, e ci allontana le fonti di errore inerenti alla diagnosi di molte altre affezioni. Questa malattia fu soggetto recentemente di numerose osservazioni negli ospedali di questo e di altri paesi, si raccolsero diligenti annotazioni sul corso e sulla mortalità di essa trattata con diversi sistemi di cura, di modo che è lecito aspettarsi, che la discussione di codesto argomento abbia a dare conclusioni un pò più positive che in ogni altra questione in medicina. È appunto per tali idee che io credetti meritevoli di attenzione i risultati della mia pratica negli scorsi sedici anni al Royal Infirmary of Edinburgh; tanto più che oltre all'essere assai soddisfacenti riguardo alla guarigione, sono basati su una serie di fatti annotati, la cui esattezza, io credo, non sarà messa in dubbio.

La tavola seguente comprende tutti i casi di polmonite acuta che furono ammessi alle Sale Cliniche del Royal Infirmary in mia cura dal 1 ottobre 1848 al 31 gennajo 1865. Durante questo tempo il mio servizio era, prima di quattro mesi all'anno, poi in anni alternati, di sei e di tre mesi. Così io esercitai la mia pratica nelle sale per 75 mesi, ossia 6 anni e $^1/_4$. La tavola espone i fatti presentati dai casi, in modo da mettere sotto al giudizio del lettore gli effetti del metodo di cura che si è seguito. Le colonne indicano, 1° il numero del caso; 2° il nome del paziente; D significa un caso doppio; N un caso non soddisfacente riguardo alla durata della malattia; 3° l'età; 4° la salute antecedente, buona, grama, o in qual modo particolarmente alterata; 5° il giorno d'ammissione contando dal giorno del brivido, che indica il principio della malattia; 6°

la durata della malattia, ossia il principio della convalescenza; 7° il numero dei giorni di degenza nell'ospedale, contando dal brivido; 8° la frequenza e il carattere del polso all' atto dell'ingresso; 9° il numero, il carattere delle respirazioni al momento dell'ingresso; 10° il lato affetto, e l'estensione di polmone interessato; 11° se la polmonite è complicata con altra malattia è segnata così: X; 12° la cura; 13° osservazioni generali; e 16° il volume e la pagina dove fu registrato il caso.

Faccio notare che i casi non furono raccolti riferibilmente ad una ricerca statistica, ma ne hanno redatte le annotazioni i miei assistenti, al letto dell' ammalato, come si usa qui da lungo tempo. Queste annotazioni hanno quindi un valore assai diverso l'una dall' altra, anzi in alcune poche le informazioni su certi punti sono deficienti; là ho messo nella tavola un punto di interrogazione.

La tavola fu incominciata dal mio primo egregio medico residente, il Dr. Glen, fu continuata dai Dottori Smart, Duckworth e Macdonald, pur essi miei medici residenti dell' ospedale durante gli anni 1863, 1864, e 1865, ai quali io sono obbligatissimo per il lavoro che fecero qui. Il fatto che la tavola fu redatta e diligentemente riveduta da me stesso non solo, ma da ciascuno di questi quattro signori successivamente, è la prova la più convincente della esattezza dei particolari in essa contenuti.

Tavola di tutti i casi di Polmonite acuta trattati nelle Sale clinich
in 75 mesi di servizio dell'Autore, ossia

UO

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
1	J. Aikencross	30	Tosse invernale da 3 anni	8	16	32	92 ?	30 difficile	$^3/_4$ inf. Destro
2	B. King	40	Buona	7	14	30	112 duro	Breve	$^1/_2$ inf. D.
3	J. Foremann	54	Buona	3	8	17	100 pieno e duro	Dispnea	$^2/_3$ inf. S.
4	J. Kell	40	Buona	4	14	19	100 valido	Accelerata e breve	$^1/_2$ inf. S.
5	J. M'Intyre	52	Buona	14	21	30	80 valido	Dispnea	$^1/_3$ inf. S.
6	R. Hogg D 1	18	Debole	14	55	64	Naturale	Nessuna dispnea	Ambidue ?
7	F. Farrell	53	Buona	2	23	25	100 pieno e duro	Dispnea	$^2/_3$ sup. D.
8	W. Hamilton	38	?	2	14	32	100 pieno	Facile	$^1/_3$ sup. D.
9	J. Conolly	19	Vigorosa	8	14	34	90 pieno	?	$^1/_2$ infer. D.

el Royal Infirmary, dal 1 *ottobre* 1848 *al* 31 *gennajo* 1865, *nni e* 1/4. — *Numero dei letti:* 40 *in media.*

IINI.

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I
Salassato prima dell' ingresso, non si sa in quale quantità. Antimoniali 1-16 gr. ogni 2 ore. Vescicanti dopo. Vino unc. VI e nutrienti.	Operajo robusto, con leggier pleurisia e soggetto alla tosse nell' inverno. Dopo il salasso entrò nell'ospedale sfinito.	Vol 2, p. 204
Salassato dall'assistente dopo l'ingresso ad unc. XII. Antimoniali 1-8 gr. ogni ora. Poi vescicanti. Nutrienti.	Entrò una settimana dopo che fu preso dalla malattia. Era stato salassato; aveva preso antimoniali.	Vol. 3, p. 6
Antim. 1 gr. ogni ora. Poi mistura espettorante, nutrienti e vino.	Uomo robusto, entrato appena malato Non sfinito.	Vol. 4, p. 141
Antimonio 1 gr. ogni due ore, poi ogni ora. Dopo opiati per conciliare sonno e unc. III di acquavite al giorno.	Uomo robusto pletorico, dedito al bere	Vol. 4, p. 166
Antim. 1 gr. ogni ora, poi 1-16 gr. ogni quattro ore, insieme a diuretici. Più tardi vescicanti.	La convalescenza cominciò tosto dopo l' ingresso, ma fu prolungata.	Vol. 5, p. 119
Salassato, purgato, vescicanti, ecc. prima dell' ingresso. Salini, vino unc. IV, nutrienti. Poi astringenti ed opiati per frenare la diarrea.	Giovane debole, maestro, trattato antiflogisticamente prima dell' ingresso; convalescenza prolungata per la sopraggiunta diarrea.	Vol. 5, p. 93
1/2 gr. antim. ogni 3 ore; vino unc. IV; nutrienti.	La malattia occupava prima il terzo medio del polmone destro, poi si estese al terzo superiore.	Vol. 6, p. 129
Coppe ad unc. VIII. Antim. 1/4 gr. ogni 4 ore. Vino unc. VI. Vescicante. Chinino 1 gr. tre volte al giorno.	Diminuendo la polmonite, si notò prolungata espirazione e rantolo sibilante all' apice; convalescenza prolungata.	Vol. 7, p. 111
1/2 grano antim. ogni 3 ore. Nutrienti. Dolori reumatici trattati coll' aconito localmente.	Sulla guarigione s' ebbe un accesso di reumatismo che prolungò la degenza.	Vol. 8, p. 174

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
10	E. Lanon D 2	17	Vigorosa	4	14	14	106 forte	Facile	$^2/_3$ inf. S., ^{1} inf. D.
11	J. Kelly	40	Grama	14	20	21	72 naturale	Dispnea	$^2/_3$ inf. D.
12	J. Stewart	18	Vigorosa	3	7	?	100 pieno e forte	Accelerata	Tutto il S.
13	T. Monro	34	Debole e gottoso	2	21	33	76 naturale	?	$^1/_2$ inf. D.
14	H. M'Philips D 3	16	Buona	4	12	34	100 forte	26 difficile	$^2/_3$ inf. S., $^1/$ inf. D.
15	D. Taylor	42	Tosse invernale da 22 anni	1	14	24	100 pieno e forte	Dispnea	$^1/_2$ inf. S.
16	A. Millar	54	Buona	2	7	7	100 piccolo e molle	Dispnea	$^1/_2$ inf. S.
17	W. Gray	17	Buona	4	18	31	106 valido	32 difficile	$^2/_3$ inf. D.
18	S. MacDonald	25	Buona	2	10	18	106 pieno	46 accelerata	$^2/_3$ sup. D.
19	J. Donaldson	26	Buona	6	16	83	128 valido	Accelerata	$^1/_2$ inf. D.
20	J. Scott	38	Cattiva da quatt. anni	1	48	69	?	Dispnea	$^1/_2$ inf. D.

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I.
Salini, vescicanti, nutrienti.	Giovane operajo robusto, con polso vigoroso e rapida guarigione, quantunque affetti ambi i polmoni.	Vol. 9, p. 41
Salini, vino colchico, nutrienti.	Uomo forte muscoloso, soggetto da lungo a tosse e reumatismo.	Vol. 9, p. 76
Salass. unc. XII *per sollevare la dispnea. Poi* 12 *sanguisughe.* Salini; poi nurienti e vino.	Il salasso migliorò la dispnea, ma prolungò la convalescenza, della quale non si sa la lunghezza.	Vol. 9, p. 186
Pulv. opii gr. ss ogni due ore. Nutrienti, vino.	Soggetto debole, d'abito gottoso, trattato con opio.	V. 11, p. 39
Antimon. $^1/_3$ di gr. ogni tre ore, combinato con 1.5 gr. di opio per alleviare l'insonnia e il dolore grave.	Stava bene 18 giorni prima di esser dimesso; non si notò il perchè di questa prolungata degenza.	V. 14, p. 141
$^1/_4$ gr. di antim. ed opio ogni tre ore.	Complicato con bronchite ed enfisema.	V. 14, p. 153
$^1/_4$ gr. di antim. ed opio ogni due ore.	Uomo sano. Guarigione rapida.	V. 14, p. 183
$^1/_8$ gr. aumentato poi a $^1/_4$ di gr. di antimonio, ogni tre ore.	Era convalescente 14 giorni prima di essere dimesso; non si notò il perchè della prolungata degenza.	V. 17, p. 35
1 gr. antimonio ogni due ore. Poi 8 sanguisughe e un vescicante.	Trattenuto nell'ospedale 6 giorni dopo la completa guarigione.	V. 18, p. 137
Salini; vino unc. VIII e nutrienti.	Guarì dalla polmonite 10 giorni dopo l'accettazione. Trattenuto 73 dì di più per febbre continua.	V. 19, p. 21
Antimonio $^1/_2$ gr. ogni quattro ore. Coppe incise ad unc. VI. Successivamente un vescicante.	Era questa la quarta polmonite in quattro anni. La prima fu curata antiflogisticamente. Convalescenza lentissima con bronchite.	V. 20, p. 168

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
21	J. Leggat	19	Buona	5	12	12	130 pieno	30 breve	$^1/_3$ sup. D.
22	M. Mahon N 1	12	Buona	5	?	28	148 pieno e forte	56	Tutto il S.
23	J. Murray	53	Tosse da tempo	7	22	24	112 valido	Dispnea	$^2/_3$ inf. D.
24	J. M'Naughton D 4	34	Grama	6	21	34	120 debole	44 difficile	$^2/_3$ inf. d'ambi i lati
25	J. Shepherd	23	Buonissima	8	17	20	84 molle	24	$^2/_3$ inf. S.
26	P. Clarke	22	Poco buona	7	14	8	104 forte	Dispnea	$^1/_2$ sup. D.
27	P. Convy D 5	22	Tosse da 6 settimane	5	16	23	112 molle	32	$^2/_3$ inf. S., apice D.
28	J. Proudfoot D 6	30	Tosse da 6 settimane	4	21	49	100 pieno e forte	32 difficile	$^2/_3$ inf. ambi i lati
29	C. Bangs	41	Reumatica	2	13	37	80 valido	?	Tutto il D.
30	R. Simpson	53	Buona	8	13	15	?	Tranquilla	$^1/_3$ inf. D.
31	A. M'Naughton	27	Buona	4	14	13	92 forte ?	24	$^1/_2$ inf. S.
32	J. M'Queir	19	Grama	8	14	29	100 pieno	42 accelerata	Tutto il D.

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I.
1/4 gr. antimon. ogni ora; più ardi ogni due ore.	Giovane vigoroso. Guarigione rapida.	V. 21, p. 36
Antimonio 1/6 gr. ogni tre ore; poi nutrienti.	Ragazzo sano; mancando le annotazioni giornaliere, non si potè determinare la data della convalescenza.	V. 21, p. 92
Antim. 1/4 gr. ogni due ore. Vescicanti, diuretici, unc. II vino, nutrienti.	Guarigione ritardata per bronchite cronica.	V. 22, p. 135
1/3 gr. antimonio ogni due ore. Diuretici, unc. VI vino, nutrienti.	Uomo debole di abitudini temperate. Entrò nella casa esaurito. Guarigione tarda.	V. 22, p. 131
Salassato prima dell' ingresso ad unc. XX, e purgato, 1/4 gr. antim. e gocce 3 di Sol. Mur. Morph. ogni due ore.	Giovane vigoroso in perfetta salute. Il salasso alleviò la dispnea, ma protrasse la convalescenza.	V. 22, p. 141
1/4 gr. di antim. ogni due ore; poi nutrienti.	Salute generale affievolita da precedente malattia. Guarì ancora bene.	V. 23, p. 1
1/4 gr. di antim. ogni quattro ore; diuretici, vino unc. III, nutrienti.	L' antimonio produsse diarrea e fu sospeso. Trattenuto una settimana dopo guarigione completa.	V. 23, p. 104
1/2 gr. di antim. ogni quattro ore. Vino e gin. ana unc. III, e nutrienti.	Dedito da lungo tempo all' acquavite, con salute grama. Convalescenza tediosa.	V. 23, p. 127
1/3 gr. di antim. ogni tre ore. Espettoranti; poi astringenti per frenare la diarrea.	Uomo disordinato, con reumatismo cronico. Trattenuto nella casa per diarrea ostinata.	V. 24, p. 5
1/4 gr. di antim. ogni tre ore; poi stimolanti ed espettoranti.	Caso semplice in uomo sano, terminato colla guarigione al 13.° giorno.	V. 24, p. 166
1/2 gr. di antim. e gocce 10 sol. mur. morph. ogni quattro ore; vescicanti.	Decorso naturale di una polmonite semplice in uomo sano.	V. 25, p. 17
Salassato due volte prima dell' ingresso ad unc. XVIII *ogni volta*; antim. 1/2 gr. e poi 1/4 gr. ogni tre ore.	Giovane dissoluto con tisi incipiente. Convalescenza ritardata.	V. 26, p. 173

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estension[e] e lato interess[ato]
33	R. Jude D 7	36	Buona	9	14	23	96 debole	30	1/3 inf. d'amb[o] i lati
34	J. Cogans D 8.	23	Buona	4	18	38	92 forte	?	1/3 medio S., [illegible] inf. D.
35	R. MacFarlane	20	Buona	5	12	15	104 forte	24 facile	4/5 inf. D.
36	A. Bathgate D 9	23	Non buona	7	18	33	120 pieno e duro	40	2/3 sup. D., 1/[illegible] sup. S.
37	D. M'Phail	24	Debole	1	10	45	120 debole poi 120 duro e piccolo	36	1/2 inf. D.
38	P. Robertson D 10	51	Robusta	6	11	9	100 debole	40	2/3 inf. D., 1/[illegible] inf. S.
39	S. Scongie	38	Buona	8	20	24	95 debole	Dispnea	1/2 inf. D.
40	J. Adams	40	Qualche volta disordinata	4	14	12	110 piccolo e debole	Molta dispnea	2/3 inf. S.
41	E. Sanders	20	Disordinata	4	11	16	108 piccolo e debole	36 tranquilla	2/3 inf. S.
42	Flannighan	18	Buona	8	14	?	100 molle	?	Tutto il D.
43	T. Doyley	40	Buona	6	14	18	90 buono, valido	?	1/3 inf. S.
44	J. M'Farlane D 11	30	Soggetto da lungo a tosse,	3	9	31	95 pieno e forte	40 difficile	2/3 inf. S., [illegible] apice D.

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala. Sala I.
Salivazione profusa prima dell' ingresso. Poi diuretici.	Appetito tardo, convalescenza ritardata.	V. 29, p. 135
Salini; vino unc. II, e nutrienti.	Complicata con thyphus fever, che prolungò la convalescenza.	V. 29, p. 161
Salini, poi diuretici con colchico.	Caso ordinario, completa guarigione.	V. 35, p. 2
Salini; diuretici con colchico; vino unc. IV; e nutrienti.	Uomo debole, disordinato. La polmonite a sinistra sopravvenne al 7.° giorno dopo quella a destra.	V. 35, p. 37
Salini, vescicanti, nutrienti; in fine chinino e olio di fegato di merluzzo.	Era un caso di pleurisia. La polmonite sopravvenne in sala al 7.° giorno. Convalescente al 17.° giorno di polmonite, ma continuò la pleurisia.	V. 35, p. 192
Nutrienti e stimolanti; vino unc. IV; cataplasmi al lato sinistro. Riposo.	Uomo forte, con gran dispnea e lividore della faccia che minacciava soffocazione, e che diminuì in due giorni.	V. 32, p. 213
Salassato ad unc. XVIII. *Cura antimoniale prima dell' ingresso.* Poi vino unc. II, quindi unc. IV e nutrienti.	La cura prima dell' accettazione condusse alla prostrazione ed a prolungamento della convalescenza.	Sala 2, V. 8, p. 16
Brodo; erroste unc. VI, vino unc. III giornalmente.	In un' altra polmonite a Glascow 7 mesi prima fu *salassato*, mercurializzato, ecc., e guarì lentamente con gran debolezza. Questa volta guarì rapidamente.	Sala 2, V. 1, p. 20
Salini, nutrienti e vino unc. III.	Soggetto debole.	Sala 1, V. 39, p. 37
Salini, vino unc. III e nutrienti.	Or non si trova più il registro dove sta questo caso.	
Salini combinati ai diuretici; vino unc. IV e nutrienti,	Caso semplice.	V. 41, p. 11
Dapprima 1-16 gr. antim. tart. con drach. ss sol. ammon. acet. ogni sei ore. *Coppe incise al costato*	Soggetto esile, gracile. Ebbe tisi cronica per 10 anni. Tutti i sintomi pneumonici violenti, i segni fisici ben distinti (*caso*	V. 41, p. 4

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
			asura ed emottisi						
45	Ed. Nugent	28	Buona	1	5	7	98 debole	? faticosa	1/4 inf. S.
46	J. Tait N 2	47	Ubbriacone	?	?	53	72 piccolo e debole	? gran dispnea	1/2 inf. S.
47	A. Robertson D 12	42	Debole da 15 mesi	14	19	24	112 debole	? dispnea	1/3 sup. d'amb i lati
48	J. O'Donnel	14	Buona	6	12	15	120 debole	48	1/2 sup. D.
49	R. Kay D 13	18	Buona	6	11	13	100 pieno e forte	40	2/3 inf. S., 1/ inf. D.
50	P. M'Shim D 14	56	Buona	3	10	26	90 debole	28 oppressa	2/3 inf. d'am i lati
51	W. Purdie D 15	17	Buona	2	10	13	120 pieno e molle	46 accelerata	2/3 inf. D., inf. S.
52	W. Sword D 16	31	Buona	7	15	15	90 debole	44	1/3 sup. e in D., 1/3 inf. S

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I.
estraendo unc. IV *di sangue* per alleviare la dispnea. Più tardi unc. IV di vino giornalmente con nutrienti. Reumatismo trattato cogli alcalini interni.	*tipo*), seguìto da reumatismo acuto, che ne prolungò la degenza nella casa.	
Stimolanti per alleviare lo spasmo e vincere il collasso; poi nutrienti e vino unc. IV giornalmente.	Uomo forte e robusto. Ebbe spasmo dello stomaco e gran debolezza. Entrò nella casa un'ora dopo. Si riebbe col riposo e cogli stimolanti. Al terzo giorno si determinò la polmonite. Guarigione rapida e completa.	V. 40, p. 1
Unc. IV vino ed unc. II di acquavite in 24 ore. Nutrienti ad libit.	Trattenuto nella casa per reumatismo cronico e lichen acuto.	V. 43, p. 169
Diuretici; unc. IV vino e nutrienti.	Segni di etisia precedettero l'attacco che poi scomparve.	V. 40, p. 68
Vino unc. IV giornalmente; nutrienti liquidi libit.; salini leggieri.	La polmonia era all'apice, ma guarì rapidamente.	V. 40, p. 75
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	La polmonite incominciò e fu assai grave a sinistra. Vi fu una leggier pleurisia.	V. 42, p. 137
Salini; brodo succoso; vino unc. IV, aumentato poi ad unc. VIII.	Ritardata la dimissione per mancanza di indumenti 10 giorni.	V. 45, p. 185
Salini; brodo succoso; vino unc. IV.	Ritardata due giorni l'uscita per mancanza di indumenti.	V. 46, p. 1
Diuretici leggieri. Vino, prima unc. I ogni due ore, con un piccolo cucchiajo di acquavite per combattere la prostrazione; portato dopo ad unc. IV al giorno. Brodo succoso ad libit.	Debolissimo all'accettazione; salvato cogli stimolanti.	V. 46, p. 23

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
[illegible]	C. Hazard	24	Buona	6	11	9	82 forte	48 difficile	Tutto il [illegible]
[illegible]	J. McDonald [illegible]	[illegible]	Buona	3	8	11	100 sostenuto	52 oppressa	$^{2}/_{3}$ inf. S., [illegible] inf. D.
[illegible]	[illegible] [illegible]	[illegible]	Buona	4	8	10	[illegible] sostenuto	56 breve	Tutto il [illegible]
[illegible]	[illegible] Baker [illegible]	[illegible]	Grama	6	14	16	104 sostenuto	56 dispnea grave	Tutto [illegible] inf. S.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Buona	4	8	10	114 pieno e forte	48	$^{2}/_{3}$ inf. [illegible] inf. S.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Buona	3	8	[illegible]	114 debole	[illegible]	Tutto [illegible] D.
[illegible]	[illegible]	25	Buona	4	[illegible]	[illegible]	[illegible] sostenuto	[illegible]	[illegible] D.
[illegible]	[illegible] Kitcher	[illegible]	Buona	3	8	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] D.
[illegible]	[illegible]	40	Buona	3	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] dispnea	[illegible] S.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	4	[illegible]	[illegible]	[illegible] forte	dispnea	[illegible] D.
[illegible]	[illegible] Walker	[illegible]	Buona	4	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36	[illegible] S.
[illegible]	[illegible] Smith	24	Buona	3	[illegible]	[illegible]	[illegible] debole	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	42	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	110 debole	[illegible]	[illegible] S.
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Buona	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] forte	[illegible]	[illegible]
[illegible]	[illegible]	[illegible]	Buona	[illegible]	[illegible]	5	[illegible]	Facile	[illegible]

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I.
Salini; vino unc. IV; nutrienti.	Soggetto forte, vigoroso.	V. 47, p. 24
Salini; vino unc. XII diminuito poi ad unc. VIII con poca acquavite.	Leggier pleurite a sinistra. Grande esaurimento al 5.° giorno, d'onde rinvenne cogli stimolanti.	V. 46, p. 39
Salini, nutrienti, vino unc. II.	Giovane vigoroso.	V. 47, p. 160
Salini, diuretici, vino unc. VIII.	Soggetto da lungo a tosse, palpitazione, dispnea. Reumatismo 9 anni prima. Rigurgito mitrale.	V. 46, p. 56
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Giovane robusto.	V. 46, p. 74
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Soggetto robusto, con guarigione rapida. La malattia occupò tutto un polmone.	V. 47, p. 66
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Giovane robusto; guarigione rapida.	V. 46, p. 80
Salini, diuretici, nutrienti; vino unc. IV.	Uomo disordinato; delirio; guarigione.	V. 46, p. 86
Salini, leggieri diuretici con colchico, vino unc. VI, nutrienti.	Caso gravissimo.	V. 46, p. 157
Salini, brodo succoso, vino unc. VI.	Senza tisi; guarigione completa.	V. 46, p. 161
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Guarigione rapida, ebbe leggier diarrea.	V. 48, p. 170
Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Non tisi, guarigione completa.	V. 48. p. 137
Salini, nutrienti.	Bronchite; bronco-polmonite.	V. 50, p. 77
Salini, ecc., vino unc. IV.	Uomo vigoroso.	Perduto il V.
Salini, nutrienti, vino unc. VI.	Uomo forte. Febbre tifoide marcata. Convalescenza lenta.	V. 53, p. 31

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
68	A. Muirhead	39	Buona	4	10	11	105 debole	33 dispnea	$^2/_3$ inf. D.
69	A. Stass N 3	41	Debole	?	?	51	74 debole	36 dispnea	Tutto il D.
70	L. Shorthouse D 21	23	Buona	3	14	26	100 debole	30 dispnea	$^2/_3$ inf. S., $^1/_3$ sup. D.
71	J. Potter D 22	47	Buona	3	27	38	106 debole	42 grave dispnea	Tutto il D., $^1/_3$ inf. S.
72	B. Goldie N 4	29	Buona	8	?	44	110 debole	Breve e celere	$^1/_2$ inf. D.
73	R. Lindsay	41	Buona	8	17	23	66 debole		$^1/_2$ inf. S.
74	J. Potter	47	Debole	3	21	32	104 debole	Dispnea	$^1/_2$ inf. D.
75	J. Millan D 23	24	Buona	3	9	10	120 debole	66 dispnea grave	$^1/_2$ inf. D., $^1/_3$ inf. S.
76	W. Smith	22	Buona	1	5	7	100 valido	45 difficile	$^1/_3$ medio D.
77	Ralph Guthrie	32	Tosse da 3 mesi	6	12	28	94 debole	26	$^3/_4$ inf. D.
78	Mark Stedman	17	Buona	6	12	11	110 debole	50 dispnea	$^2/_3$ sup. D.
79	G. Fleming	22	Non buona	?	9	25	98 debole	30	$^1/_2$ inf. S.
80	J. Devine	28	Buona	7	10	8	98 debole	40 dispnea	$^2/_3$ inf. D.
81	A. Henderson	32	Buona	8	13	13	96 pieno, valido	24 nessuna dispnea	$^1/_2$ inf. S.

Complicati	Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala I.
	Salini, nutrienti, vino unc. IV.	Caso semplice, guarigione rapida, soggetto forte.	V. 53, p. 75
X	Nutrienti, vino unc. X.	Pleurisia cronica con effusione cominciata sei settimane prima dell'accettazione. Non si potè determinare il principio della polmonite.	V. 52, p. 43
	Salini, nutrienti, vino unc. VI.	Giovane forte; cominciò a destra poi si manifestò a sinistra.	V. 54, p. 69
	Salassato prima dell'ingresso ad unc. XX. Salini, nutrienti, vino unc. VIII.	Debolezza estrema. Convalescenza lenta. Dimesso con leggiero indurimento dell'apice a destra.	V. 54, p. 95
X	*Coppe e purgante prima dell'accettazione.* Nutrienti, vino unc. XVIII.	Caso di febbre tifoide con ulcerazioni. Guarigione lenta.	V. 55, p. 99
	Vino unc. XII; nutrienti.	Esaurito da una settimana di dieta prima dell'ingresso.	V. 52, p. 112
	Coppe prima dell'ingresso, fino a qual quantità non si sa. Vino unc. VI, nutrienti.	Lo stesso caso del N.° 71. Ebbe altro attacco. Dimesso con indurimento ancora dell'apice destro.	V. 54, p. 213
	Nutrienti, vino unc. VI.	Giovane vigoroso, guarigione rapida.	V. 55, p. 103
	Nutrienti, vino unc. IV.	Leggierissima pleurisia.	V. 55, p. 127
	Nutrienti. ecc., vino unc. VI.	Leggier pleurisia con effusione.	V. 58, p. 7
	Nutrienti, vino unc. VI.	Operajo vigoroso, giovane.	V. 57, p. 55
X	Nutrienti, vino unc. VI.	La polmonite tenne dietro ad una grave e prostrante rubeola.	V. 57, p. 25
	Nutrienti, vino unc. VI.	Uomo robusto, guarigione rapida.	V. 57, p. 71
	Nutrienti, vino unc. IV.	Soggetto sano e robusto. Diarrea all'accettazione, scariche come fermento di birra per 15 giorni dopo l'accesso di freddo.	Sala 10 V. 4, p. 13

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
82	J. Welch	42	Buona	3	10	14	70 molle	27	$^1/_2$ inf. S.
83	J. Duffie	19	Bronchite a quando a quando	6	9	10	108 forte	28	$^2/_3$ inf. S.
84	Mich. Brannen	16	Buona	6	11	14	90 debole	34	$^3/_4$ inf. D.
85	J. Bell	32	Buona	5	12	15	96 valido	48 dispnea	$^1/_3$ inf. S.

DON

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
86	S. Flynn N 5	14	Malata da 3 mesi	6	?	18	120 piccola	Dispnea	$^2/_3$ inf. S.
87	M. Dixon N 6	42	Malata da 8 settimane	?	19	32	121 molle	?	$^1/_2$ inf. D.
88	E. M'Cormack D 24	40	?	8	20	20	126 duro	Soppressa	$^2/_3$ inf. D., $^1/$ inf. S.
89	A. Connor D 25	9	Non buona emaciata	8	21	42	132 molle	Accelerata	$^1/_2$ inf. D., $^1/$ sup. S.
90	A. Donally	20	Bronchite da lungo	1	10	12	100 pieno	Dispnea	$^2/_3$ inf. S.
91	M. Cowan N 7	26	Tosse e dispnea da 8 mesi	?	?	32	100 debole	Dispnea	$^2/_3$ inf. D.
92	M. Carle	15	?	5	10	8	100 pieno	Dispnea	$^3/_4$ inf. D.

Complicati	Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala 1
	Salini, cataplasmi, unc. IV di vino per due giorni, poi vescicante al lato malato.	Uomo sano dedito ai liquori; ebbe già pleuro-polmonite.	Sala 1 V. 60 p. 75
	Salini, brodo.	Bronchite viva, che scomparve completamente.	V. 59 p. 76
	Salini, nutrienti, unc. VI vino.	Bronchite viva, esaurito dalla dieta precedente l'accettazione.	V. 61 p. 21
	Salini, nutrienti, unc. VIII vino.	Seconda polmonite, vita disordinata.	V. 60 p. 15

NE — Sala 1

Salasso ad unc. XII *all' ingresso*; $^1/_2$ gr. antim. tart. ogni due ore.	Mancano le annotazioni. Non si può determinare il principio della convalescenza.	Vol. 1 p. 75
Salini, vescicanti.	Non si notò il principio della polmonite.	Vol. 1 p. 13
$^1/_2$ gr. antim. tart. ogni due ore; vescicanti.	Non si notò la salute antecedente.	Vol. [illegible] p. 6[illegible]
Tint. digit. gutt. V ogni quattro ore; lassativi; 3 *sanguisughe* al lato malato per alleviare il dolore.	Grande esaurimento ed insolita azione del cuore.	Vol. [illegible] p. 10
8 *sanguisughe*, 1 gr. antim. tart. ogni ora, con $^1/_3$ gr. pulv. opii.	Forze in buone condizioni all' ingresso.	Vol. [illegible] p. 19
Vino onc. IV; $^1/_2$ gr. antim. tart. ogni quattro ore, 8 *sanguisughe per alleviare il dolore*.	La precedente malattia rese indeterminato il principio della polmonite.	Vol. [illegible] p. 20
12 *sanguisughe al luogo del dolore*; $^1/_8$ gr. antim. tart. ogni tre ore; vescicante.	Dolore puntorio acuto, alleviato colle sanguisughe.	Vol.

[illegible]	[illegible]	[illegible]	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
[illegible]	34	?	8	19	25	104 valido	Dispnea grave	$^2/_3$ inf. D.
[illegible]	38	?	8	13	5	92 forte	Dispnea	$^1/_2$ inf. d'ambi i lati
[illegible]	30	?	5	15	26	120 pieno e forte	Accelerata	$^3/_4$ inf. D.
[illegible]	15	Tosse da un mese	1	10	25	120 molle debole	36	Tutto il S.
[illegible]	38	Buona	7	16	23	80 forte e pieno	Difficile	Tutto il S.
[illegible]	20	Debole	10	18	24	66 debole	Nessuna dispnea	$^2/_3$ inf. D.
[illegible]	18	?	10	?	14	80 forte	?	$^1/_3$ inf. D.
[illegible]	18	Reumatica	1	19	102	100 moderato	46	$^2/_3$ inf. S.
[illegible]	30	Soggetta a tosse	3	16	53	104 debole	Faticosa	$^2/_3$ inf. S.
[illegible]	38	Debole	9	26	23	78 debole	?	$^2/_3$ inf. S.
[illegible]	20	Buona	5	14	18	96 forte	?	$^3/_4$ inf. S.
[illegible]	40	Non buona	6	18	43	106 debole	?	$^2/_3$ inf. S.

Complicazi[oni]	Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala II.
	$^1/_2$ gr. antimonio con $^1/_3$ gr. opii per alleviare il dolore, diuretici, 12 *sanguisughe* e due vescicanti.	Non si notò la salute antecedente.	Vol. 8, p. 93
	Salini, 8 *sanguisughe*, vescicante, vino unc. VI.	Non si notò la salute antecedente.	Vol. 9, p. 7
	1 gr. antim. ogni due ore, sospeso dopo 24 ore, 12 *sanguisughe*, vino unc. VI, vescicanti.	Salute probabilmente indebolita per antecedente allattamento, debolissima dopo cessati i sintomi febbrili.	Vol. 9, p. 110
	Salini, 8 *sanguisughe*, vescicanti.	Polmonite semplice con guarigione non ritardata; nessuna annotazione quanto al vino.	V. 11, p. 14
	1 gr. di antim. ogni 4 ore, e un vescicante al lato malato.	Brividi e tosse, ma nessun segno fisico all'accettazione. Si manifestarono al quarto giorno.	V. 12, p. 46
	Salini; unc. III vino e nutrienti; $^1/_6$ gr. tart. emetico. Vescicante a destra.	Soggetta a quando a quando a tosse e dolore al petto prima dell'accesso.	V. 12, p. 119
	Salini e nutrienti.	Non fu curata prima dell'ingresso, quantunque fossero corsi 10 giorni dal brivido.	V. 13, p. 152
X	$^2/_3$ gr. antim. ogni quattro ore; vescicante; vino unc. IV aumentato ad unc. VI, nutrienti. Il reumatismo fu curato con diuretici ed anodini.	Reumatismo acuto e malattia di cuore. La pleuro-polmonite incominciò due giorni dopo l'ingresso nell'ospedale.	V. 14, p. 28
	Salini con piccole dosi di morfina; vescicanti; unc. VIII vino.	Diarrea nel corso della convalescenza, la qual' ultima fu protratta.	V. 16, p. 74
	$^1/_6$ gr. tart. emet.; 3 gr. calom. ogni giorno per una settimana; 4 *sanguisughe*; salini; vino unc. VI; 7 *sanguisughe*; nutrienti.	Già di salute grama. Periodo di tempo lungo prima che incominciasse la convalescenza.	V. 17, p. 120
	Salini leggieri; vescicante; vino unc. III.	Polmonite semplice in donna sana.	V. 17, p. 165
	$^1/_3$ gr. antim. ogni due ore; vescicanti; diuretici.	Soggetto debole che fu lasciata languire nell' ospedale troppo a lungo.	V. 19, p. 15

Numero	Nome	Età	Seduta antecedente	Giorni: decorsi da quello del brivido	Giorni: di convalescenza dopo il brivido	Giorni: di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
105	C. M'Lean	16	Buona	7	17	42	120 molle	?	$^2/_3$ inf. D.
106	M. M'Donald	40	Debole	2	8	31	130 pieno e forte	32 a 36 accelerata	$^2/_3$ inf. S.
107	J. Gordon	58	Buona	5	11	86	112	40 accelerata	$^1/_3$ inf. S.
108	J. Jackson	26	Non buona	5	14	18	98 non forte	Dispnea	$^1/_3$ sup. D.
109	J. Douglas D 27	22	id.	1	15	81	92 molle	52 faticosa	$^1/_2$ inf. S., $^2/$ inf. D.
110	M. Armstrong	28	Robusta	1	7	12	105 compressibile	22 facile	$^2/_3$ inf. D.
111	A. Mackay D 28	42	Debole	11	18	24	120 debole	Dispnea grave	$^3/_4$ inf. D., $^1/$ med. S.
112	R. Dickson N 9	60	Cattiva	?	?	8	88 debole	Dispnea	$^2/_3$ inf. D.
113	E. Drummond D 29	20	Buona	5	19	19	96 debole	30 dispnea	$^1/_2$ inf. S., ^{2} inf. D.
114	J. Dunlop	17	Grama	1	9	19	120 debole	Dispnea	$^2/_3$ inf. D.
115	S. Hamiln	17	Buona	7	15	17	96 debole	id.	Tutto il S.
116	B. Clarke D 30	15	Tosse da un anno	3	14	26	150 piccolo	56 dispnea grave	$^2/_3$ inf. S., ^{1} sup. D.
117	U. Robertson	70	Bronchite	5	14	49	100 piccolo e debole	Dispnea	$^1/_3$ inf. D.

Complicati	Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, cec.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala II.
	$^1/_8$ gr. antim.; diuretici.	Trattenuta nell' ospedale per pleurisia.	V. 19, p. 128
	$^1/_8$ gr. antim. ogni tre ore; poi diminuito ad $^1/_4$ ogni quattro ore; 8 *sanguisughe.*	Questa donna era una infermiera notturna e soffriva di debolezza e leucorrea.	V. 19, p. 159
	$^1/_8$ gr. antim. ogni ora; 10 sanguisughe e un vescicante, diarrea, trattata con astringenti.	Donna robusta che guarì rapidamente, ma che *per incuriam* rimase nell' ospedale due mesi dopo la convalescenza.	V. 20, p. 2
	Salini, espettoranti, nutrienti.	Tosse ed espettorazione per 12 anni, con qualche emottisi.	V. 22, p. 27
X	Il reumatismo acuto e la pericardite in questo caso si curarono con alcali e diuretici; la polmonite con vescicanti, stimolanti e nutrienti.	Caso di reumatismo acuto e vizio di cuore. La polmonite fece il suo corso in 15 giorni.	V. 23, p. 89
X	Vino unc. VI e nutrienti.	Sopravvenne una grave erisipela della faccia 5 giorni dopo l' ingresso.	V. 23, p. 111
	Vino unc. VI, nutrienti ?	Soggetta a tosse da tre anni.	V. 28, p. 69
X	Diuretici, vescicante, vino unc. IV.	Complicata con albuminuria e delirio.	V. 29, p. 66
	Nutrienti ; vino unc. III.	Poca febbre. Polmonite lieve al lato sinistro che tosto si dissipò. Densa epatizzazione a destra.	V. 29, p. 200
X	Salini; nutrienti; vino unc. IV.	Complicato con bronchite e tisi.	V. 33, p. 26
	Salini con etere nitrico; unc. I di vino ogni due ore, e brodo sostanzioso *ad lib.*	Debolissima all' accettazione.	V. 33, p. 29
	Salini, poi diuretici; unc. ss di vino ogni mezz' ora; latte e brodo sostanzioso *ad lib.*	Caso tipo di polmonite doppia. Molta debolezza e dispnea. Salvata colla mezz' oncia di vino ogni mezz' ora.	V. 34, p. 38
X	Espettoranti, vino unc. VI; nutrienti.	Complicata con insufficienza mitrale e bronchite.	V. 32, p. 205

Numero	Nome	Età	Salute antecedente	Giorni decorsi da quello del brivido	Giorni di convalescenza dopo il brivido	Giorni di degenza nell'ospedale	Polso al principio della cura	Respirazione al principio della cura	Estensione e lato interessato
118	A. Withe	15	Debole	5	11	49	115 valido	36	Tutto il D.
119	A. English	28	Buona	7	12	79	102 debole	Ortopnea	$^1/_4$ inf. D.
120	A. Kinniburgh	19	Tosse da lungo tempo	8	16	23	108 debole	id.	$^2/_3$ inf. D.
121	E. Bruce	27	id.	7	15	50	92 debole	?	$^1/_3$ inf. S.
122	A. Aitken	17	Buona	3	11	11	118 moderato	36 tranquilla	$^1/_2$ inf. D.
123	E. Ainslie	37	Buona	4	11	13	106 debole	22	$^1/_2$ inf. D.
124	Jessie Baxter	30	Buona	8	12	16	120 debole	65 dispnea	Tutto il D.
125	C. M'Pherson	48	Buona	8	23	21	100 molle debole	35 id.	Tutto il D.

CASI

Numero	Nome	Età	Estensione e lato affetto	Complicazioni
126	T. Morrison	18	$^1/_2$ sup. D.	Fin dal principio diarrea infrenabile, rita in 5 giorni non ostante l' uso di as all' epatizzazione del polmone, ingrossa
127	Marg. Currie	37	$^1/_2$ inf. D.	Aveva albuminuria; cominciò con dolor pravvenne delirio, e morì il giorno dopo
128	D. Murray	43	$^3/_4$ inf. D.	Dopo due giorni di degenza sopravven acuta.
129	Marg. Lamont	46	Tutto il D.	Stava guarendo della polmonite. ma un[illegible] tica.

Cura	Osservazioni. — Natura del caso. — Complicazioni. — Violenza dei sintomi. — Particolarità dei segni fisici. — Conseguenze, ecc.	Citazioni che si riferiscono al registro della sala Sala II.
Salini; vino unc. III; carne.	La polmonite di tutto il lato destro si dissipò completamente. Poi condensazione tubercolare all'apice destro.	V. 36, p. 33
Salini; brodo; vino unc. VI.	Preceduta da aborto e accompagnata da bronchite e tisi.	V. 38, p. 229
Brodo; vino unc. IV.	Tosse da 17 anni dopo una roseola. Pleurisia.	V. 38, p. 215
Brodo; vino unc. IV.	Tosse da lungo tempo. Tisi. Pleurisia.	V. 40, p. 118
Brodo; vino unc. VI.	Complicata con pleurisia.	V. 44, p. 63
Brodo; vino unc. IV.	Polmonite semplice.	V. 44, p. 118
Salini; vino unc. IV; nutrienti.	Curata prima per un ascesso all'ascella.	V. 42, p. 165
Vino unc. IV e unc. VI; nutrienti; salini; con vino colchico.	Donna sana, ma assai debole all'ingresso nell'ospedale.	V. 48, p. 1

FATALI

causa di morte	Citazioni dei registri
probabilmente destata da purganti prima dell'accettazione. Cadde esau- tringenti, opiati, nutrienti e da ultimo stimolanti. Alla sezione, oltre mento ed ulcerazione estesa dei follicoli del digiuno e dell'ileo.	Vol. 24, p. 78, Sala 1
di testa e vomito. Entrò nell'ospedale all'8.° giorno di polmonite, so- l'ingresso. Non si poterono raccogliere dati necroscopici.	V. 1, p. 159, Sala 11
ne confusione di mente, e morì delirante 3 giorni dopo per meningite	V. 19, p. 37, Sala 1
al 13.° giorno comparve meningite fatale. Aveva anche aneurisma di	Si smarrì il registro

Riguardo alla cura si osserverà che nei primi casi si ordinarono maggiori dosi di tartaro emetico che non nei posteriori, e che negli ultimi casi questa sostanza non si ordinò affatto. Per *salini* si deve intendere: piccole dosi di acetato di ammoniaca con $^1/_{24}$ di grano di tartaro emetico. Per diuretici: drach. j per dose di Sp. Æth. Nit., qualche volta assieme a gutt. x Tr. Vin. Sem. Colch. Per nutrienti: brodo e latte sul principio, poi carne di manzo e di castrato arrosto ed uova appena che il malato può mangiare. Nei primi casi furono associati anche ad altra cura, e quantunque non specialmente menzionati erano nondimeno somministrati. Negli ultimi costituirono tutta la cura.

Quanto alla mortalità, è necessario osservare, che oltre ai quattro casi fatali citati nella tavola, trovai nei registri patologici dell'ospedale redatti dai Dott. Gairdner, Haldane e Grainger Stewart, tredici altri casi nei quali la polmonia si presentò come fatale complicazione di precedenti affezioni cerebrali, spinali, cardiache, epatiche, renali croniche, o d'altre malattie del polmone come la tisi e la bronchite cronica. Nessuno di questi casi si potrebbe rigorosamente considerare qual caso di polmonite primitiva od acuta. Stanno registrati dagli assistenti nei registri delle sale quali rammollimenti cerebrali o spinali, morbus cordis, tisi, malattia di Bright, cirrosi del fegato, od altra lesione, per la quale il paziente entrò nell'ospedale e vi fu curato. La maggior parte fu la *pneumonie des agonizans* dei francesi, e in tutti fu la polmonite consecutiva cronica o latente degli autori.

Questi sono tutti i casi di polmonite acuta che entrarono nelle sale dell'ospedale e in cura mia, durante gli ultimi 16 anni. Ogni caso fu trattato pubblicamente, e chiunque ne può vedere le annotazioni sui registri delle sale. La mortalità di tutti i casi di polmonite acuta, complicata o no, trattati da me fino al febbrajo 1865, è di 1 morto su 32 casi e $^1/_4$. Prendendo solo i casi di polmonite non complicata 105, non ne morì uno, quantunque parecchi siano stati assai gravi, in 15 casi fu interessato tutto un polmone, in 26 casi porzione di ambidue i polmoni. Nei quattro casi fatali, la morte procedette chiaramente da complicazioni indipendenti dalla polmonite; devonsi

ritenere quali accidenti patologici, poichè in nessuno di questi casi si può dire che la polmonite abbia veramente indotta la morte. La tavola dimostra che, in diversi casi di debolezza maggiore che non negli altri, la polmonite trascorse rapidamente i suoi stadj naturali. Giungendo ora alla vera statistica *riguardo alla cura*, è necessario eliminare questi quattro casi, come si fece da molti altri autori, e fissare l'attenzione nostra sui primi 125 casi del nostro quadro.

Sesso. — Di questi 125 casi, 85 furono uomini, e 40 donne.

Età. — L'età media degli uomini fu di anni 31 $^1/_2$; l'età media delle donne anni 28 $^1/_2$; l'età media complessiva anni 30 $^1/_2$. Fra i 5 e i 15 anni vi fu 1 caso — una ragazza;

fra i	10	e i	20	vi furono	29	casi	—	12	donne
—	20	—	30	—	35	—	—	11	—
—	30	—	40	—	23	—	—	7	—
—	40	—	50	—	24	—	—	6	—
—	50	—	60	—	11	—	—	1	—
—	60	—	70	—	1	—	—	1	—
—	70	—	80	—	1	—	—	1	—

Si poterono conoscere *le condizioni di salute antecedente alla polmonite* in 118 casi ossia 84 uomini e 34 donne; da ciò si ha a determinare l'influenza esercitata dalla salute generale, sulla durata della malattia, sulla durata della convalescenza. Degli 84 uomini, 57 godevano buona salute, 27 erano grami. La durata media della malattia nei primi, fu di 12 giorni, nei secondi 16 $^1/_2$. Delle 34 donne, 12 godevano buona salute, le altre 22 erano grame. La durata media della malattia, nelle prime 14 giorni, nelle seconde 16. Nel determinare l'influenza della salute sulla convalescenza, è necessario dedurre dai 57 uomini, quelli che rimasero nell'ospedale per gravi complicazioni, per mancanza di abiti, o per altro motivo non legato alla polmonite, e furono 10. Dei 47 che restano, parecchi, quantunque godessero buona salute prima della malattia, erano assai sfiniti quando entrarono nell'ospedale, sia per sanguigne precedute sia per la dieta. La durata media della convalescenza, compresi questi casi, fu di giorni 15 $^1/_2$. Per la stessa ragione, deducendo 5 casi dai 28 che si notarono quali deboli di salute all'atto dell'ingresso, o che ebbero tosse, reumatismo od altra

malattia debilitante prima della polmonite, la durata media della convalescenza nei rimanenti 23 casi fu di giorni 23 $^{1}/_{4}$. Delle 34 donne, la media di convalescenza nelle 12 notate come robuste antecedentemente fu di 14 giorni. Delle 22 donne di salute debole prima della malattia, dedotte 6 per residenza cagionata da complicazioni, la media delle rimanenti 16 fu di giorni 23 $^{3}/_{4}$.

Polmonite semplice o non complicata. — Dei 125 casi, 105 furono semplici, 20 complicati. Dei primi, 74 erano uomini, 31 donne; 79 furono polmoniti singole, 29 doppie. Su 6 di codesti casi l'assistente omise di segnare l'esatto giorno del brivido o della convalescenza, così che non posso trarne alcuna conclusione sulla durata della malattia. Dei rimanenti 99 casi, 73 furono singoli, 26 doppj, e la media di malattia, complessivamente giorni 14 $^{1}/_{4}$.

La durata della malattia nei 73 *casi di polmonite singola non complicata,* calcolando dal giorno del brivido al principio della convalescenza fu come segue:

2	casi	guarirono	in	5	giorni	3	casi	guarirono	in	16	giorni
4	—	—	—	7	—	3	—	—	—	17	—
5	—	—	—	8	—	3	—	—	—	18	—
2	—	—	—	9	—	1	—	—	—	19	—
8	—	—	—	10	—	2	—	—	—	20	—
7	—	—	—	11	—	3	—	—	—	21	—
7	—	—	—	12	—	1	—	—	—	22	—
4	—	—	—	13	—	2	—	—	—	23	—
13	—	—	—	14	—	1	—	—	—	26	—
2	—	—	—	15	—						

La durata media fu di giorni 13 $^{2}/_{7}$.

La durata della malattia nei 26 *casi di polmonite doppia non complicata,* calcolando dall'epoca del brivido fino al principio della convalescenza, fu come segue:

2	casi	guarirono	in	8	giorni	2	casi	guarirono	in	16	giorni
1	—	—	—	9	—	2	—	—	—	18	—
2	—	—	—	10	—	2	—	—	—	19	—
2	—	—	—	11	—	1	—	—	—	20	—
1	—	—	—	12	—	3	—	—	—	21	—
1	—	—	—	13	—	1	—	—	—	27	—
4	—	—	—	14	—	1	—	—	—	55	—
1	—	—	—	15	—						

La durata media fu di giorni 16 $^3/_4$. Volendo però dedurre il caso di Hogg (N.° 6), giovane debole, estenuato dalle sanguigne e dal metodo antiflogistico prima dell' ingresso, la cui malattia durò quindi 55 giorni, la durata media di questi casi doppj sarebbe di soli 14 giorni.

Effetti del salasso. — Nei 105 casi semplici o non complicati, vi furono 9 casi con salasso dalla vena e assoggettati a metodo antiflogistico prima dell' ingresso od appena entrati, ma prima che li vedessi io. La quantità di sangue cavato fu dalle 12 alle 30 once, quest' ultima quantità in due salassi. Non fu notata la durata di un caso. Degli altri 8 la durata fu come segue:

1 caso	guarì	in 7	giorni		1 caso	guarì	in 20	giorni
2 —	—	— 14	—		1 —	—	— 27	—
1 —	—	— 16	—		1 —	—	— 55	—
1 —	—	— 17	—					

La durata media fu di giorni 21 $^1/_4$.

Oltre a questi 9 casi salassati dalla vena, ve ne furono altri 16 cui si applicarono le coppette o alcune sanguisughe, la maggior parte quali palliativi. Non era necessario per me di riferire codesti casi per illustrare gli effetti del salasso nella polmonite; ma siccome questi casi furono ingegnosamente aggiunti da un critico ai 9 casi precedenti, derivandone così che 25 de' miei casi furono salassati, ossia il 20 per cento del totale (British Med. Journ., nov. 18, 1865, p. 532), mi è necessario stabilire i fatti quali sono. Di due di questi casi non saprei dire quanto sangue perdessero colle coppette (casi 72 e 74 della tavola), e in 2 casi non fu determinato il giorno della convalescenza (casi 72 e 91). Negli altri casi la quantità di sangue perduta e il giorno della convalescenza, furono come segue, ammesso che abbiano perduta mezz'oncia di sangue per ogni sanguisuga applicata: 1 caso perdette oncia 1 $^1/_2$ di sangue e guarì in 21 giorni; 6 casi perdettero once 4 di sangue, e sottratto 1 caso del quale non si determinò la convalescenza, gli altri 5 guarirono in 10 giorni in media; 1 caso perdette 5 once di sangue e guarì in 11 giorni; 1 caso perdette 5 once e $^1/_2$ per due applicazioni di sanguisughe (caso 102) e guarì in 26 giorni; 4 casi perdettero 6 once di sangue e guarirono in 23 giorni in media; e 1 caso perdette 8 once di sangue e

guarì in 14 giorni. La durata media della malattia nei 14 casi salassati colle coppe o colle sanguisughe, nei quali si notò il giorno di guarigione, fu di giorni 15 $^{5}/_{14}$.

La durata di degenza nell' ospedale dei casi di polmonite singola non complicata, — esclusi i 2 casi dei quali si omise la data e furono 77 — fu in media di giorni 23 $^{2}/_{7}$. Per gli uomini (52) giorni 18 $^{3}/_{5}$, e per le donne (25) giorni 27 $^{1}/_{5}$. Dei 26 casi doppj non complicati, la durata media della degenza nell' ospedale fu di giorni 23 $^{3}/_{5}$. Per gli uomini (20) giorni 23 $^{17}/_{20}$; per le donne (6) giorni 22 $^{2}/_{3}$.

Tutte queste medie sono alte, come si rileva subito osservando la colonna Osservazioni nella Tavola ai N. 14, 17, 18, 19, 27, 29, 50, 51, 100, 104, 105, 107, 109, tutti i quali, trattenuti per varie ragioni non dipendenti dalla polmonite, presentano un periodo di residenza troppo lungo in proporzione di quello della malattia.

La durata media della residenza nell' ospedale, negli 8 casi salassati dalla vena sul principio della malattia (escluso il 9 perchè non si segnò il giorno in cui fu dimesso), fu di 32 giorni.

L' estensione del tessuto polmonare involto dalla polmonite fu determinata diligentemente colla percussione e coll' ascoltazione, alla mutezza, al crepitio, alla respirazione tubaria, e all' aumentata risonanza vocale, in ogni caso. La durata media della malattia nei 95 casi singoli, dedotti i 10 non soddisfacenti, calcolando dal brivido al principio della convalescenza, fu come segue:

$^{1}/_{4}$	del polmone	2	casi,	durata	media	giorni	8 $^{1}/_{2}$
$^{1}/_{3}$	—	12	—	—	—	—	12
$^{1}/_{2}$	—	25	—	—	—	—	15 $^{3}/_{4}$
$^{2}/_{3}$	—	34	—	—	—	—	14
$^{3}/_{4}$	—	6	—	—	—	—	14 $^{2}/_{3}$
$^{4}/_{5}$	—	1	—	—	—	—	12
tutto	—	15	—	—	—	—	10 $^{3}/_{4}$

In questi 95 casi, il polmone destro fu interessato in 58, e il sinistro in 37.

La polmonite limitata al lobo superiore si verificò in 11

dei 95 casi singoli, ossia circa 1 su 9 in complesso; la durata media della malattia in essi fu di 13 giorni, e quella di residenza nell' ospedale di giorni 14 $^{1}/_{2}$.

Casi complicati di polmonite. — Dei 20 casi complicati di polmonite, 16 furono singoli e 4 doppj, e la durata media della malattia fu di giorni 15 $^{1}/_{2}$. Dei 16 casi singoli complicati, in 3 non si determinò la durata della malattia. Dei 13 casi rimanenti, la durata fu come segue:

1	caso guarì in	7	giorni		1	caso guarì in	15	giorni
2	— — —	9	—		2	— — —	16	—
1	— — —	10	—		2	— — —	19	—
1	— — —	12	—		1	— — —	48	—
2	— — —	14	—					

La durata media, 16 giorni.

Dei 4 casi di polmonite doppia complicata, 1 caso guarì in 9 giorni, 1 caso in 14, 1 in 15, ed 1 in 18. Durata media 14 giorni.

Un diligente studio dei fatti ora esposti, varrà a stabilire alcune nuove verità, ed a correggere diversi errori che corrono riguardo alla polmonite. A coloro che sono pur sempre scettici quanto al valore del trattamento ristorante, e che potessero mai pensare che alcuni di codesti casi non fossero polmoniti, ricorderò che tutti furono diagnosticati e curati pubblicamente al Royal Infirmary; furono esaminati non solo da me, ma anche dai miei assistenti, e formarono soggetto di lezioni cliniche e di commentarj fatti al letto dell' ammalato. Di tutti si notarono esattamente e con particolarità i segni fisici e i sintomi funzionali; onde v' è la certezza positiva che in ciascuno di questi casi si trattava di un esempio genuino di polmonite, non solo, ma che durante il periodo indicato nella tavola, non si ebbe altro caso di polmonite che quelli indicati nel quadro. Devo pur dire che alcuni pochi casi furono trattati in parte dai miei colleghi o prima ch'io assumessi il servizio, o dopo che lo lasciai, nei troppo frequenti cambiamenti che avvengono nei professori clinici di questa Università; questi casi non furono esposti nel quadro; e due o tre casi pervenuti sfiniti nello stabilimento, condottivi dalla polizia e morti prima che li vedessi, non furono inseriti. È importantissimo l' accennare que-

ste circostanze, perchè servono a calcolare le differenze che ci devono sempre essere tra le statistiche di un ospedale e quelle di una clinica. Grisolle si riferì ingiustamente a codesta differenza nell'ospedale di Vienna, allo scopo di spargere la diffidenza sulle conclusioni di Dietl. (2.ª ediz., pag. 564, 565). Ma ogni medico d'ospedale deve sapere che le annotazioni della sala mortuaria o di un ospedale generale, non segnano alcun indice sul numero delle polmoniti acute trattate clinicamente, poichè vi si comprendono non solo le polmoniti consecutive, latenti, o croniche, ma sovente casi di polmonite che entrarono nello stabilimento moribondi, e che non furono trattati per nulla.

1.° Il primo gran fatto che si desume dalle esposte considerazioni, è: che la polmonite semplice iniziale, singola o doppia, trattata col metodo ristorante, non è una malattia fatale. E certamente 105 casi consecutivi, dei quali 26 doppj, bastano a stabilire codesta proposizione, tanto più se si considera che questi casi furono osservati in 16 anni, ed in tutte le stagioni. Tra questi, non meno di 15 casi presentarono tutto il polmone interessato, in molti i sintomi furono assai gravi. Nè quanto si disse riguardo alla robustezza della costituzione o al cambiato tipo nella malattia potrà spiegare il nostro risultato, poichè diversi casi erano lavoratori sani e robusti, ed altri erano cucitrici gracili e di costituzione grama. In ciascuno e in tutti i casi, la malattia segue il suo andamento naturale, purchè l'organismo non sia troppo esaurito o per fatto naturale o per opera del medico, e purchè si segua un giudizioso trattamento restorante.

2.° Come regola generale la prostrazione, le complicazioni o i rimedj che indeboliscono, non solo allungano il periodo della malattia, ma ne prolungano specialmente la convalescenza. Vedansi i numeri 6, 20, 71, 100, 101, 104, 118, 119 nella tavola. L'esame analitico di tutti i casi, mostra che le donne anche di salute buona, guariscono più tardi degli uomini, e che quando la salute è scadente, nell'uno o nell'altro sesso la diversità di durata della malattia e della convalescenza è assai pronunziata, specialmente negli uomini. Così in media, la malattia dura 8 giorni e $^1/_2$ di più in un uomo gracile che in uno

robusto, e il periodo della convalescenza è più lungo di 8 giorni e $^1/_4$. Nelle donne le gracili furono più numerose delle robuste, e in esse la malattia durava 2 giorni di più, la convalescenza 9 $^1/_4$ in media.

3.° Si suppone generalmente che l'estensione di polmone affetto dalla polmonite debba influire sul risultato e sulla durata della malattia. Quanto al risultato, tutti i miei casi guarirono, anche i 15 casi nei quali era interessato tutto un polmone, come i 26 nei quali erano malati ambidue i polmoni in parte. In un caso complicato (N.° 56) tutto il polmone destro e due terzi del polmone sinistro furono interessati simultaneamente, non lasciando che un terzo del polmone per respirare; eppure senza cavar sangue, ma coi nutrienti e coi restoranti, il malato fu convalescente al quattordicesimo giorno, e lasciò sano lo stabilimento, dopo sedici giorni di residenza. Quanto alla durata, l'estensione della malattia non esercita tutta quell'influenza che generalmente si suppone. Se non è malato che un quarto di un polmone, la guarigione può aver luogo in 8 giorni; e non pare che ci sia gran differenza anche quando è interessata la metà o tutto un polmone o i due terzi di ambidue. In media i casi di mezzo polmone pneumonico guarirono in 15 giorni, con due terzi di polmone malato in 14, tutto un polmone in 10, una parte di ambidue i polmoni in 24.

4.° Dopo le osservazioni di Louis, si suppose che la polmonite dell'apice del polmone fosse più fatale e più lunga che non quella della base; ed è così diffatti seguendo un metodo di cura antiflogistica. Ma con un trattamento ristorante, i fatti precedenti mostrano che in 11 casi nei quali la malattia era limitata all'apice, la guarigione ebbe luogo, in tutti, al tredicesimo giorno in media.

5.° Nessuno dei miei casi di polmonite acuta degenerò nella forma cronica o divenne gangrenoso, nemmeno gli 11 casi di polmonite dell'apice. Parecchi casi però entrarono nella casa già cronici, o per trascuranza o per mancanza di nutrimento o per risultato di un metodo depauperante.

6.° In tutti i miei casi, le morti procedettero da gravi complicazioni, circostanza che mi induce a credere che con un metodo ristorante incominciato fin dall'esordire del caso, l'in-

fluenza dell'età e del sesso sulla mortalità non è calcolabile. Nè la durata della malattia subisce grande influenza per la complicazione, per quanto la salute generale non sia lesa.

7.° Quantunque dai pochi casi salassati dalla vena risulti a sufficienza il fatto che questo mezzo prolunga la convalescenza nel debole ed è senza utilità nel robusto (vedi Appendice, casi III, VI, VIII), non si può derivare alcuna conclusione dai miei casi quanto ai risultati dei salassi limitati (da 3 ad 8 once), nè riguardo alla influenza di essi sul decorso della malattia, nè riguardo alla utilità loro anche come palliativi.

Statistiche comparate del metodo di cura della polmonite acuta.

Onde il paragone tra i miei casi e quelli di altri pratici sia esatto e facile più che si può, non mi riferirò che a un eguale o maggior numero di casi. Per la stessa ragione non confonderò l'esperienza di diversi pratici insieme, nè mescolerò le statistiche di tutto un ospedale comune con quella di una pratica individualità. Condenserò in primo luogo brevemente i risultati di ciascuno; poi darò le statistiche di polmoniti di ospedali comuni; e da ultimo metterò a paragone il complesso colla mia pratica.

I. *Risultati del salasso nella polmonite.* — Il numero totale dei casi citati da Louis è di 107 (1). Ne morirono 32, ossia 1 su 3 $^1/_3$. In 78 di questi casi osservati alla Charité, si praticò il salasso dal primo al nono giorno, e le morti furono 28, ossia 1 su 3 $^1/_7$. La durata della malattia nei casi che guarirono fu di giorni 15 $^1/_2$. Nei rimanenti 27 casi occorsi alla Pitié, il salasso fu praticato sul principio, cioè durante i primi 4 giorni, e ne morirono soli 4, ossia 1 su 7 $^1/_4$. La durata della malattia nei guariti fu di giorni 18 $^1/_4$. Louis attribuisce questa diminuita mortalità e ritardata guarigione, al salasso non così largo, ed alle grandi dosi di tartaro emetico impiegato. D'onde egli cerca di stabilire la proposizione, che il

(1) Recherches sur les effets de la saignée; Paris, 1865.

salasso, quantunque abbia una limitatissima influenza sulla polmonite, deve essere praticato assai presto. Riguardo ai risultati di Louis, devesi ricordare, 1. Che i casi sfavorevoli per precedente gracilità di salute o per altri motivi, furono esclusi, cosicchè tutti i suoi pazienti erano in piena salute quando si ammalarono; 2. Ch'essi non erano complicati, e che la durata della malattia si calcolò dai sintomi febbrili fino a quando si incominciava a dare qualche cibo, ciò che generalmente avveniva tre giorni dopo cessata la febbre.

II. La relazioue di Bouillaud (1) sul suo trattamento del salasso *coup-sur-coup* è, che di 102 casi curati da lui dal 1831 al 1834 le morti furono 12, cioè 1 morto su 8 casi e $^{2}/_{3}$.

III. In una Memoria di Briquet (2) c'è qualche confusione di cifre. Egli dice che i casi furono 141 (T. 7, p. 477), ma nel dare l'età di essi enumera 144 casi (T. 7, p. 479); e parlando dell'influenza dell'età sulla mortalità, i suoi casi sono solamente 140 (T. 9, p. 28). Di questi 140 casi, 29 morirono; cioè vi fu una mortalità di più di 1 su 5 casi. Quasi tutti questi casi furono salassati a seconda delle forze del paziente (T. 8, p. 283). In tre quarti dei casi si adoperarono anche i vescicanti e il tartaro emetico,

IV. Grisolle (3) sta per un più moderato sistema di salassare; la sua coscienza presente già l'abbandono completo della sezione della vena (p. 561). Egli analizza 75 casi di Bouillaud, segnando che soli 49 furono trattati col sistema del salasso *coup-sur-coup*; ma ne morirono 6, ossia 1 su 8. casi, risultato favorevole ch' egli attribuisce alla giovinezza dei pazienti. Dei suoi proprj casi, un gruppo di 50 furono salassati solo sul primo periodo della malattia; ne morirono 5 ossia 1 su 10. I casi di morte furono salassati abbondantemente; ciascuno perdette circa 4 libbre e 4 once di sangue in salassi successivi. Tutti i casi di questo gruppo furono non complicati e dell'età media di 40 anni. Nei 45 guariti, la convalescenza cominciò al 10 giorno, e ritornarono alle loro occupazioni il 21 giorno, in me-

(1) Artic. Pneumonie, Dict. de Médicine en 15 vol., 1835.
(2) Archiv. Gén. de Médicine, 3 série, tom. 7, 8, 9, 1840.
(3) Traité pratique de la Pneumonie, Paris, 1841.

dia. Dei 182 casi che furono salassati al secondo periodo, 32 morirono, ossia più 1 su 6. Anche qui i casi di morte furono salassati largamente; i salassi variarono in complesso dalle 8 o 12 once alle otto libbre; la quantità media di sangue estratto fu di 3 libbre. Tutti i casi di questo gruppo furono non complicati e dell' età media di 35 anni. Nei 150 casi che guarirono, la convalescenza cominciò al 17 giorno, e ritornarono alle loro occupazioni il 22 giorno, in media. Egli ammette che la polmonite non può mai essere jugulata col salasso. Dei 232 casi in complesso, 37 morirono, ossia 1 su 6 $^1/_8$, risultato generale della pratica d'ospedale di Grisolle, mortalità quasi metà di quella di Louis, quantunque le circostanze nelle quali avvenne fossero le stesse, tranne il trattamento non così eroico. Anche Laënnec, che salassava solo moderatamente sul principio della malattia, ebbe la mortalità di 1 su 6 ad 8 casi (1).

Nel 1864 Grisolle pubblicò un'altra edizione della sua opera, nella quale sono ripetute senza alcun cambiamento questa stesse statistiche, senza che vi si noti alcuna impronta degli immensi miglioramenti fatti dall'arte e dalla scienza durante il lungo periodo di 23 anni. Ciò che sorprende è questo, ch'egli desidera s'abbia a ritenere che il suo metodo antiflogistico con una mortalità di 1 su 6 casi, sia ancora il migliore.

V. Acerbi (2) salassò largamente ed abbondantemente in 142 casi, dei quali 16 morirono, ossia 1 su 9. Dei morti 4 furono salassati tre o quattro volte; 5 da cinque ad otto volte; e 7 da nove a tredici volte; 30 dei 142 casi furono salassati da dieci a venti volte, estraendo 12 once di sangue ogni volta, ossia da 120 a 240 once. Si davano anche giornalmente da 4 ad 8 grani di tartaro emetico.

VI. Dietl trattò 85 casi coi larghi salassi; ne morirono 17, ossia 1 in 5.

VII. Nel 1842 il dott. Hughes (3) pubblicò la relazione di 101 casi trattati per la massima parte antiflogisticamente al Guy's Hospital; ne morirono 24 ossia 1 su 4 $^1/_5$. Soli 47 però

---

(1) Traduz. ingl. di Forbes, 4.ª ediz., pag. 237.
(2) Med. Chir. Review, luglio 1858. p. 11.
(3) Guy's Hospital Reports, vol. VII.

furono trattati attivamente col salasso, l'antimonio, calomelano, opio, ecc. In 37 non si praticò il salasso generale. Le complicazioni, escluse pleurite e bronchite, furono 27, i casi doppj 19.

VIII. Il miglior risultato della cura della polmonite col metodo del salasso, si trova nella relazione di Wossidlo (1), che curò 112 casi, dei quali 4 morirono, ossia 1 su 28. Non vi furono che 11 complicazioni, compresi 4 di tubercoli, 2 di blennorrea, 1 di catarro, 2 di gravidanza, 1 di sciatica, ed 1 di atrofia mesenterica. Però 50 di codesti casi erano al dissotto di 20 anni di età; 44 erano ragazzi di meno di 10 anni. A questi, pare, non si applicarono che poche sanguisughe. Non si parla della proporzione del cibo e del sangue estratto negli adulti.

IX. Il Dr. Glen, mio primo assistente stabile, ebbe la gentilezza di disporre in quadro per me, tutti i casi di polmonite dell'armata, riferiti dal Colonnello Tulloch (2). Queste relazioni non dicono il come fu determinata la diagnosi, o quale sia stata la cura. Il risultato favorevole di 1 morto su 13 casi, che secondo il Dr. Glen è il risultato generale, si suppone dipendere da ciò, che i salassi furono fatti sul principio ed in soggetti giovani e vigorosi.

X. *Cura colle larghe dosi di tartaro emetico.* — Rasori (3) nell'Ospedale Maggiore di Milano curò 648 casi di polmonite con larghe dosi di tartaro emetico, 555 guarirono, 143 morirono, ossia 1 su 4 1/2. Rasori dice che questo risultato è più favorevole di quello che si ottiene col metodo del salasso.

XI. Grisolle curò 154 casi col tartaro emetico; ne morirono 29 ossia 1 su 5 1/3.

XII. Dietl trattò 106 casi; ne morirono 22 ossia poco più di 1 su 5.

XIII. Von Wahl, in sei anni a S. Petersburg curò 354 casi;

---

(1) Schmidt's Jahrbücher Band, Bd. 51, 1846, p. 125. — Brit. and For. Med. Chir. Rev., luglio 1858, p. 16.

(2) Governement Statistical Reports on Mortality among the Troops. 1853.

(3) Da una analisi della pratica di Rasori, Annales de Thérap., genn. 1847.

ne morirono 84 ossia 1 su 4 $^2/_3$ (1). Non furono salassati che quelli che presentavano molta congestione; nella maggior parte dei casi si diede il tartaro emetico a larghe dosi fin dal principio.

XIV. Thielbmann (2), nell'ospedale S. Pietro e Paolo a S. Petersburg, trattò a larghe dosi di tartaro emetico 110 casi di polmonite; ne morirono 12, ossia 1 su 9 $^1/_6$. Si diede l'opio per frenare la diarrea.

Trattamento aspettativo o dietetico. — Questo metodo consiste essenzialmente nel lasciare che la malattia proceda per la sua strada naturale. Durante lo stadio della febbre, la dieta è leggiera o nulla affatto, e acqua fresca per bevanda; più tardi si concede una dieta migliore, ed anche il vino certe volte, secondo la natura dei sintomi. Qualche volta un trattamento dietetico si converte in un trattamento aspettativo, quando si danno rimedj per riuscire a certi sintomi, come nella pratica di Skoda all'ospedale della Carità di Vienna.

XV. Il Dr. Giorgio Balfour ce ne diede una relazione; egli rilevò dai registri dell'ospedale che in tre anni e cinque mesi cominciando col 1843, furono trattati 392 pazienti, dei quali 54 morirono, ossia 1 in 7 $^1/_4$. Alcune volte si diede l'opio quando c'era molto dolore, la sezione della vena sul principio nei casi di dispnea, e gli emetici se l'espettorazione dava un muco denso. G. Balfour diede anche qualche statistica dell'ospedale omeopatico di Vienna, ma con certi dati da mettere il dubbio su ogni caso, onde non sono paragonabili alle statistiche degli altri ospedali. È certo però che molti casi gravi di polmonite guarirono con un sistema di cura che, parmi, la maggior parte dei medici debba considerare essenzialmente dietetico. Le migliori statistiche omeopatiche sono quelle di Tessier (3) che ebbe 3 morti in 41 casi, e

XVI. Quella di Wurmb di Vienna (4), che in 119 casi ebbe 8 morti, ossia circa 1 in 15.

---

(1) Petersburg Med. Zeit., I. 6, 1861. Canstatt, 1861, p. 237.
(2) Canstatt, 1852; III, p. 231.
(3) Homœopatic Treatment of Pneumonia, 8.° New York, 1855.
(4) Brit. Journ. of Homœopathy, vol. IV, p. 75.

XVII. Dietl pubblicò nel 1848 una relazione di 189 casi, trattati colla dieta solamente, 14 dei quali morirono, ossia 1 su 13 $^1/_2$. Qui segue la sua tavola di 380 casi, per mostrare il risultato delle tre sorta di cura:

	Sezione della vena	Tartaro emetico	Dieta
Guariti	68	84	175
Morti	17	22	14
	85	106	189
Per cento	20.4	20.7	7.4
Morti	1 su 5	1 su 5. 22	1 su 13 $^1/_2$.

Notisi che degli 85 casi trattati col salasso, 7 dei casi fatali erano non complicati, mentre nei 189 casi trattati dieteticamente, nessuno dei morti era caso non complicato. Nel 1852 Dietl diede il risultato di 750 casi, trattati dieteticamente; ne morirono 67 ossia 1 su 10.9.

Grisolle (2.ª ediz., pag. 570) ci dice che Legendre, dopo aver trattata la polmonite dei bambini solo col salasso e gli antiflogistici, lasciò una Memoria che si pubblicò poi postuma (1), nella quale cercò di dimostrare che il trattamento dietetico era assai preferibile. Le sue idee fondate su 15 soli casi, furono poi sostenute anche da

XVIII. Barthez, che l'8 aprile 1862, riferì all'Accademia imperiale di medicina, che di 212 ragazzi dai 2 ai 15 anni trattati da lui all'ospedale St. Eugénie, ne morirono soli 2. In $^1/_6$ però dei casi si spiegò un metodo leggiermente attivo. Nell'accettare codesto importante risultato, Grisolle non vi vede che la conferma del fatto, che la polmonite nei soggetti giovani tende alla spontanea guarigione, ma nega che un tal metodo di cura convenga in una età più innoltrata.

Metodo misto. — In questi ultimi tempi si trattarono le polmoniti anche con un metodo misto, secondo la natura dei sintomi, ma senza veri vantaggi di importanza. Riferirò quali

---

(1) Archiv. Gén. de Médecine, septem. 1859.

esempj di questi sistemi i risultati di Lebert, Huss, Bamberger, Flint, Rigler e Morehead.

XIX. Dai 222 casi di polmonite curati da Lebert (1), dedottine 17 che morirono nel giorno stesso di ingresso nell'ospedale di Zurigo, o nel giorno susseguente, rimangono 205 casi ch'egli curò nel corso di cinque anni: 15 di questi morirono, ossia 1 su 13 $^{2}/_{3}$, 4 casi erano complicati e morirono. Gli altri 201 erano non complicati, e ne morirono 11 ossia 1 in 18. Nel complesso furonvi 22 casi doppj. Il trattamento consistette nel salasso locale e generale nella maggior parte dei casi; quando vi era prostrazione, l'antimonio a larghe dosi. Si adoperarono anche diversi altri rimedj per indicazioni speciali, quali sarebbero le unzioni mercuriali, il muriato d'ammoniaca, l'acetato di piombo, l'opio, il chinino, la canfora, il benzoe, ecc. Negli ultimi stadj con debolezza, gli stimolanti, nutrimento e vino.

XX. La più importante Memoria pubblicata recentemente è quella del prof. Huss di Stocolma (2), che adoperò il salasso e i rimedj eroici nei primi stadj, e negli ultimi l'antimonio, il mercurio, e diversi rimedj; tra questi, la trementina, la canfora, la morfina, il chinino. Nel corso di 16 anni il numero di casi trattati fu 2661, 281 dei quali morirono, cioè 1 in 9 $^{1}/_{3}$. I casi non complicati furono 1657; 96 morirono, ossia 1 su 17. I casi complicati furono 959; ne morirono 185 ossia 1 in 5. Furonvi 384 casi di polmonite doppia; 88 morirono, più di 1 su 4 $^{1}/_{2}$. Il metodo di cura fu modificato, come si credette, meglio a seconda dai casi, e lo si potrebbe chiamare antiflogistico modificato; parecchi casi non furono salassati. È abbastanza definita la superiorità di questo metodo sul sistema antiflogistico rigido ed anche su quello di Grisolle.

Nei primi 8 anni solamente si praticò il salasso generale e locale. Dei 1040 trattati allora, 120 morirono, ossia 1 su 9; nei seguenti 8 anni, si curarono 1576 casi, ne morirono 161, ossia 1 su 10. La differenza non è grande, ma pure Huss con-

(1) Handbuch der praktischen Medicin, Band 11, p. 69, 1859.

(2) Die Behandlung der Lungen-entzündung, etc. Leipzig, 1861.

clude che il salasso è dannoso alla riuscita della guarigione (pag. 158). Trovò anche che si prolungava così di 3 giorni la malattia (pag. 160). Solo nei primi due stadj si dava una dieta limitata.

XXI. Bamberger (1) trattò 186 casi senza salasso generale nel Julius Hospital di Würzburg. In alcuni casi si applicarono sole poche sanguisughe e qualche fomento, internamente l'infusione di digitale, che come egli dice diminuisce la temperatura e il polso, in modo da doverla ritenere come una medicina importante nella febbre. Per facilitare l'espettorazione, il tartaro emetico, il chermes minerale, l'ipecacuana e il sale ammoniaco, a piccole dosi. Si amministrarono alcune volte gli emetici e i narcotici, per sollevare il paziente dall'inquietudine e favorire il sonno. Nelle forme adinamiche si prescrissero poligala, arnica, benzoe, il vino d'antimonio, chinino, canfora, muschio ed altri rimedj. Non si dice nulla della dieta e del vino, nè dei casi complicati. Di questi casi 21 morirono, ossia 1 su 9.

XXII. Flint (2) diede il risultato di 133 casi curati da lui nel corso di 12 anni, nelle città della Nuova Orleans, Louisville e Buffalo, negli Stati Uniti; ne morirono 35 più 1 su 4. Dei 112 casi non complicati 19 morirono, e dei 21 complicati, 16. Furonvi 11 casi di polmonite doppia, e ne morirono 8; 37 casi di polmonite di tutto il polmone destro, e ne morirono 19; 9 casi di tutto il sinistro, e ne morì 1; in complesso 57 casi nei quali la polmonite si estese a due o più lobi, e ne morì un terzo. Degli altri casi non complicati morirono 2 soli. La cura cambiò secondo il caso; 12 furono salassati, 12 trattati col tartaro emetico; 100 presero opio a dosi diverse; 49 di costoro lo presero a larghe dosi e ne morirono 11. In alcuni casi si ricorse anche agli stimolanti alcoolici ed al chinino.

XXIII. Rigler (3) nel General Hospital di Gratz, trattò 119 casi, 20 dei quali morirono, ossia 1 su 6. Il salasso della vena

---

(1) Wiener Wochenschrift, N.° 50, 1857; e Canstatts Jahresbericht, 1858, III, pag. 284.

(2) American Journal of Med. Science, luglio 1859.

(3) Canstatt, 1858, III. p. 285.

si praticò solo in 4 casi —. a parecchi si applicarono sanguisughe per togliere il dolore locale. Si tentò di diminuire la febbre con un regime dietetico rigoroso, e se la polmonite si estendeva, si dava il tartaro emetico fino ad un grano al giorno. Si impiegarono pure le misture demulcenti, le frizioni delle estremità e la morfina. La durata della malattia fu di 21 giorni in media. Dei 119 casi, 14 furono doppj; 16 con pleurite; 10 con pericardite; 2 con grave catarro intestinale (diarrea?) ed 1 con albuminuria.

XXIV. Dal 1848 al 1853, il Dr. Morehead (1) nel Jamsetjee Jejeebhoy Hospital di Bombay, trattò 103 casi; ne morirono 32, ossia 1 su 3 $^1/_3$. Egli dice che gli indigeni indiani siano di costituzione debole; onde soli 3 furono salassati dalla vena, ma si applicarono salassi locali in 57 casi. In 66 casi si diede il tartaro emetico da un sesto a mezzo grano, ogni seconda, terza, o quarta ora; il mercurio in 21 casi; i vescicanti in 52; si diedero anche, chinino, liquor potassæ e stimolanti. Dei 71 casi che guarirono, 14 furono dimessi in 10 giorni; 23 tra gli 11 e i 20 giorni; 16 tra i 21 e i 30; 18 oltre i 31. Non si dice nulla della dieta, ma parlando degli stimolanti, l'Autore dice che dovrebbero adoperarsi quando il polso si deprime, ecc.

XXV. *Cura col ferro e col rame.* — Kissel (2) di Eilenburg, trattò 112 casi di polmonite, 5 dei quali con complicazioni morirono, ossia 1 su 22. Quando l'orina era alcalina, egli dava un'oncia di tintura di acetato di ferro giornalmente; quando era acida, dava una dramma e mezza ogni giorno di tintura di acetato di rame. La durata della malattia fu da 2 a 9 giorni; ma complicata a fenomeni tifosi, arrivò fino a 16 giorni. Il sommario di Canstatt non dice se questi casi siano stati trattati in un ospedale, nè la natura delle complicazioni, nè la dieta seguita.

XXVI. *Cura cogli stimolanti.* — Il defunto Dr. Todd (3), abbandonò il metodo di cura della polmonite mediante i sa-

---

(1) Clinical Researches of Diseases of India, vol. II, p. 315.
(2) Canstatt, 1852, III, p. 229.
(3) Clinical Lectures, by Beale, p. 310.

lassi e gli antiflogistici, all' incirca quando lo feci io pure, ma egli si avviò a poco a poco verso un sistema stimolante. Egli opinava che l' alcool dato a piccole dosi ripetute sia un nutriente, e prescriveva un' oncia di acquavite (brandy) da darsi ogni mezz' ora, ogni ora o due, secondo l' urgenza del caso. Egli sosteneva i malati coi nutrienti, e fin dal principio dava dei buoni brodi. In 53 casi ebbe 6 morti, ossia 1 su 9.

Statistica degli ospedali generali.

Dicemmo già che le statistiche degli ospedali generali o comuni che dir si voglia, non servono al paragone del numero dei casi di polmonite acuta trattati clinicamente. È evidente che negli stabilimenti dove esercitano tanti medici che trattano i loro casi ciascuno a modo loro, mischiando insieme i loro casi c' è poco da imparare quanto al metodo di cura. Onde le varie statistiche degli ospedali generali si devono paragonare fra di loro, ma non si hanno mai a tenere qual mezzo di confronto colla pratica individuale di dati medici.

Statistica delle polmoniti al Royal Infirmary di Edimburgo. — Il Dr. Thorburn, mio primo assistente, ebbe la compiacenza di rivedere 208 registri dell' ospedale, dall' annno 1812 al 1837, ed appartenenti a dodici medici che praticavano il metodo antiflogistico. Trovò che di 103 casi di polmonite, 55 guarirono, 41 morirono, e 7 migliorarono — cioè 1 morto su 2 casi e mezzo. Il Dr. Thorburn riesaminó questi 103 casi, e lasciò fuori tutti quelli che erano incompleti, o non si presentavano chiaramente quali polmoniti. Gli altri egli dispose in tavola, e si può dire con certezza che questi ultimi erano polmoniti od infiammazioni acute del petto assai prossime a questa malattia; ecco il riassunto della tavola. Casi 50, morti 19, guariti o migliorati 31, ossia più di 1 morto su 3 casi. Dal 1 luglio 1839 i casi di polmonite furono regolarmente disposti a tavola; eccono i risultati, quali me li comunicò il sig. M'Dougall:

Casi di polmonite *trattati nel Royal Infirmary dal* 1 *ottobre* 1839 *al* 1 *ottobre* 1865, *comprese le bronco-polmoniti, le pleuro-polmoniti, e le bronco-pleuro-polmoniti.*

Anni	Numero totale dei casi entrati nell'ospedale	Casi di polmonite			Statisti
		Totale curati	Migliorati	Morti	
1. luglio 1839 al 1. ott. 1841	7,969 (*)	139	90	49	Dr. J. Reid
1. ott. 1841 » 1842	3,537	42	26	16	Dr. T. Peacock
» 1842 al 1. luglio 1843	2,760	41	26	15	
1. luglio 1843 al 1. ott. 1844	6,977 (*)	31	20	11	Dr. H. Bennett
1. ott. 1844 » 1845	3,252	50	37	13	
» 1845 » 1846	3,638	67	51	16	
» 1846 » 1847	7,435 (*)	93	52	41	
» 1847 » 1848	7,064 (*)	104	60	44	
» 1848 » 1859	3,686 (1)	88	71	17	Sig. M'Dougall
» 1849 » 1850	3,078	81	65	16	»
» 1850 » 1851	4,637	73	52	21	»
» 1851 » 1852	4,341	106	86	20	»
» 1852 » 1853	4,262	84	63	21	»
» 1853 » 1854	4,211	47	54	13	»
» 1854 » 1855	3,990	64	53	11	»
» 1855 » 1856	3,816	68	56	12	»
» 1856 » 1857	3,358 (2)	39	36	3	»
» 1857 » 1858	3,465	61	56	5	»
» 1858 » 1859	3,718	50	43	7	»
» 1859 » 1860	3,894	54	43	11	»
» 1860 » 1861	3,937	78	70	8	»
» 1861 » 1862	3,892	73	63	10	»
» 1862 » 1863	4,384	86	75	11	»
» 1863 » 1864	4,253	59	49	10	»
» 1864 » 1865	4,585	48	42	6	»

(*) In questo tempo si notarono grandi epidemie di febbre.

(1) A quest'epoca si ebbero considerevoli cambiamenti nel personale superiore dell'ospedale, e l'Autore primo incominciava un trattamento ristorante.

(2) Ora incomincia la controversia sul salasso, per la quale si pose tanta attenzione al trattamento curativo.

Questi casi si dividono naturalmente in tre periodi. Nel primo, innanzi il 1848, era in uso nell' ospedale l' antico metodo antiflogistico; il risultato fu questo, che di 567 casi, 205 morirono, ossia 1 su 2 $^3/_4$. Al principio del secondo periodo, che occupa otto anni, io incominciai a funzionare quale professore clinico, e fu allora insegnato e praticato da me stesso il trattamento senza salasso e coi ristoranti; di 611 casi, 131 morirono, ossia qualche cosa meno di 1 su 4 $^1/_2$. Sul principio del terzo periodo, nel 1856-57, l'attenzione del pubblico medico si fissò sull' argomento della polmonite, per le discussioni che ebbero luogo tra il Dr. Alison, me stesso, ed altri, ed ebbe luogo la così detta controversia del salasso. Questo periodo giunge fino a noi — nove anni — durante il quale il metodo antiflogistico fu una eccezione, quantunque qualche medico dell'ospedale abbia pur dato il tartaro emetico a tolleranza, altri l' opio, ed altri il calomelano. Di 548 casi, soli 71 morirono, ossia 1 su 7 $^3/_4$.

L' esperienza adunque di nove anni nel Royal Infirmary di Edimburgo sulla cura della polmonite ci dà la mortalità di 1 su casi 7 $^3/_4$; quella antecedente al 1848 fu di 1 su 2 $^3/_4$. Il risultato colpisce, e pare che oggi guarisca circa il triplo di quello di una volta. Io non dubito che la mortalità diminuirà ancora di più, quando si saranno completamente abbandonate le larghe dosi di antimonio, di calomelano, di opio, e il trattamento misto, quando diventerà regola generale il rigoroso metodo ristorante. Fino ad allora le cifre ora esposte, stanno in favorevole contrasto con quelle di qualch' altro ospedale. Secondo il Dr. Arturo Mitchell (1), il numero dei casi di polmonite entrati nell'ospedale generale di Vienna dal 1847 al 1858 compreso, ossia in 10 anni, fu di 5909; ne morirono 1439, ossia 1 su 4.1. Il Dr. Arnold von Franque (2) riferisce che in 16 anni, dal 1849 al 1855 compreso, entrarono nel Julius Hospital di Würzburg 874 casi di polmonite, e ne morirono 176, ossia 1 su 5 casi. Queste proporzioni da allora si alterarono pochissimo, perchè noi troviamo

(1) Edin. Med. Journ., vol. III, p. 399.
(2) Inaugural Dissertation, Würzburg, 1855, p. 42.

che nel Wieden Hospital di Vienna, secondo Dinstl (1), in 5 anni, dal 1857 al 1861, in 33,557 malati, si trattarono 1212 casi di polmonite, dei quali 277 morirono, ossia 1 su 4 $^{1}/_{2}$, proporzione che il referente considera favorevole. Durante un egual periodo di cinque anni, dal 1856 al 1860 nel General Hospital della stessa città, si curarono 3014 casi di polmoniti; 748 morirono, ossia qualcosa più di 1 su 4 casi.

Conclusioni desunte dalle esposte statistiche.

Onde le ricerche che faccio siano per quanto è possibile esatte, lasciai fuori della lista precedente i risultati di tutte quelle pratiche che non potevano correre di pari passo colla mia quanto a vastità o ad altre circostanze, tranne il metodo di cura cogli stimolanti, e ciò perchè le statistiche date dal defunto Dr. Todd sono le sole pubblicate sugli effetti di questi rimedj. Per la stessa ragione non compresi le recenti ricerche di Hannover su 1382 casi di infiammazioni di petto (2), poichè dal sunto datone nel Canstatt non si può determinare l'esatta mortalità e il trattamento della polmonite messa assieme alle altre affezioni toraciche. Lasciai fuori un gran numero d'altri scritti importanti sull'argomento; mi basta però il sapere che nulla aggiungono di essenzialmente importante ai fatti citati altrove.

Tutto questo prova evidentemente:

1. Che a un metodo estremamente antiflogistico tenne sempre dietro una gran mortalità, 1 morto su 3 casi; ma che modificandolo in diversi modi, o col diminuire la quantità dei rimedj deprimenti, o sciegliendo i casi di soggetti giovani e vigorosi, la mortalità varia da 1 morto su 4 $^{1}/_{2}$ (VII) (3) ad 1 su 13 casi (IX).

2. Quando metà dei casi sono ragazzi o individui al di quà dei venti anni, con una cura deprimente leggiera, la mortalità diminuisce fino ad 1 morto su 28 casi (VIII).

---

(1) Canstatt, 1862, III, p. 219.
(2) Canstatt, III, p. 224, 1864.
(3) Questi numeri romani si riferiscono a quelli delle pagine precedenti dove si dà un sunto dei diversi metodi.

3. La cura con larghe dosi di tartaro emetico diede una mortalità oscillante di 1 morto su 4 $1/_2$ (X) a 1 su 9 $1/_6$ (XIV).

4. Il metodo dietetico od aspettativo diede una mortalità di 1 morto su 7 $1/_4$ (XV) a 1 su 10.9 (XVII). Nei bambini, secondo Barthez (XVIII), la mortalità è quasi nulla.

5. I risultati di un metodo misto, nel quale si impiegarono diversi rimedj, secondo la natura del caso e lo stadio della malattia, danno una mortalità di 1 su 3 $1/_5$ (XXIV) ad 1 su 13 $2/_3$ (XIX).

6. La cura tonica con ferro e rame, secondo Kissel, diede una mortalità di 1 su 22 (XXV).

7. La cura cogli stimolanti, secondo Todd, diede una mortalità di 1 su 9 (XXVI).

8. Il trattamento ristorante dell'Autore, diede una mortalità di solo 1 su 32 $1/_3$, ed è quindi il più soddisfacente finora pubblicato. Considerando poi che i 4 morti erano complicazioni patologiche non legate alla polmonite, si può dire che questo metodo dia una mortalità *nulla* nei casi di vera polmonite.

9. Che i 105 casi non complicati, raccolti consecutivamente nelle sale del Royal Infirmary durante 16 anni di mia cura, siano guariti tutti, è un fatto da doversi ascrivere solamente alla natura del trattamento, come si rileva confrontando i risultati di questo metodo con quelli di un metodo deprimente, aspettativo, misto, o specifico.

10. Quanto più gli altri metodi si avvicinano al principio del ristorante ed evitano di impoverire l'organismo, tanto migliori sono i risultati. Osservisi inoltre che anche evitando un metodo direttamente debilitante, ma tenendo assai limitata la dieta, o dando l'opio largamente, o la digitale, o l'alcool, od altre sostanze che tendono ad indebolire l'organismo e a diminuire l'appetito, non si ottengono grandi vantaggi.

11. Le variazioni che sembrano susseguire lo stesso metodo praticato da diversi medici, si possano spiegare col grado di debolezza del paziente, o per mezzo delle circostanze del metodo che cagionano debolezza, quali sarebbero la dieta bassa, il salasso, il tartaro emetico, i narcotici, ecc. Ne segue che il sostenere e ristorare (non lo stimolare), i poteri nutritivi dell'organismo, e l'evitare ogni rimedio debilitante, costituisce il metodo da seguire nella cura della polmonite.

Patologia della polmonite acuta.

La polmonite è una lesione consistente in questo fatto che il liquor sanguinis si versa nelle vescichette aeree, nei piccoli tubi bronchiali, e nel parenchima del polmone. Il processo essudativo può essere assai limitato, anzi ristretto a poche vescichette aeree e ai piccoli tubi bronchiali compresi fra esse. Questa è la *polmonite vescicolare*. Sappiamo che può occupare un lobulo o un lobo intero, e costituisce allora la *polmonite lobulare* e la *lobare*. In ogni caso si determinò il fenomeno essenziale dell' infiammazione, cioè l' essudato, e lo si distingue coll'esame diligente del tessuto polmonare, perchè chiude le vescichette aeree con una sostanza finamente molecolare. Qualche volta si scopre l' essudato col premere fra la mano il polmone, e si sentono dei piccoli indurimenti del volume di un grano di miglio a quello di un pisello, spesso rossi, qualche volta gialli, e allora assai rassomiglianti a tubercoli. Questi piccoli indurimenti alla fine si rammolliscono e si convertono in pus, come nelle forme lobari e lobulari della polmonite.

L' esame microscopico del tessuto polmonare ci mostra in primo luogo, che le vescichette aeree, i piccoli bronchi, e il tessuto areolare, sono infiltrati da un essudato molecolare, granulare, che spesso forma un *getto* o raccolta delle vescichette e dei bronchi che con facilità si separano meccanicamente colla lavatura e colla pressione. Non di rado, come osservò Remak, questi *getti* vengono espettorati interi, e si possono sciogliere dalla sostanza gelatinosa dove stanno col versare il contenuto della sputacchiera nell' acqua, e agitando i filamenti ramosi. Questi, ingranditi, presentano un essudato fibroso, nel quale stanno dei corpuscoli di pus in formazione con un certo numero di cellule epiteliari. Tali porzioni di essudato che rimangono nel polmone si trasformano in pus, si disintegrano alla fine e vengono assorbiti nel sangue, dove si cambiano chimicamente, e alla fine vengono espulsi dall' organismo, specialmente dai reni. Se per l' estensione della malattia o per la debolezza del paziente questo processo viene troncato, il malato può morire, o per l'incapacità di secernere la sostanza così trasformata che sta nel sangue, o per l'interruzione delle funzioni

respiratorie. Se l' essudato si limita in estensione, o si versa lentamente fin dal principio, diventa *cronico*. In tali circostanze, i corpuscoli epiteliari e di pus del tessuto polmonare possono subire la degenerazione adiposa, e si hanno per risultato numerose cellule granulari composte. Se si ebbe stravaso di sangue mescolato alle altre formazioni or descritte, vi si troveranno spesso dei cristalli rossi di ematina, dei corpuscoli sanguigni circondati da uno strato albuminoso e che presentano le numerose trasformazioni che subiscono come si sa dopo lo stravaso.

Osserva il Dr. Todd (1) che « quando un paziente soffre di polmonite, il polmone tende a diventar solido, poi a generare il pus, e da ultimo la struttura polmonare infiltrata di pus tende a frangersi e a disciogliersi. Così avviene nei casi sfavorevoli. Altrimenti si ha la guarigione, o pel processo non completo di solidificazione, o pel rapido passare di essa, o per l'assorbimento, o mediante un processo di soluzione e scaricarsi del nuovo materiale che formò il solido del polmone ». Io osservai specialmente in che modo si assorbe l' essudato, ed esaminai spesso dei polmoni nel cadavere allo stadio di epatizzazione rossa per morte determinata da emorragia cerebrale o da altra malattia. In alcuni polmoni c' era stata polmonite a tutti gli stadj, incipiente in alcuni punti, solidificata e rossa in altri punti, grigia e purulenta in altri ancora. In tutti questi punti si poteva notare una gradazione nella formazione del pus. Nella epatizzazione più solida si possono vedere le giovani cellule di pus che incominciano a formarsi; cosicchè io sono convinto che l'essudato degenera sempre per azione della formazione di pus, in breve questo è il processo normale. Non ho mai visto un essudato coagulato disintegrarsi ed essere assorbito senza lo sviluppo di cellule di pus, e concepisco come ogni analogia e l' osservazione diretta siano opposti a tale supposizione. Ne segue che la formazione del pus lungi dall' essere un indizio di uno sfavorevole andamento della malattia, è la regolare e necessaria trasformazione dell' essudato solido, per la quale l' essudato stesso si scioglie e viene assorbito.

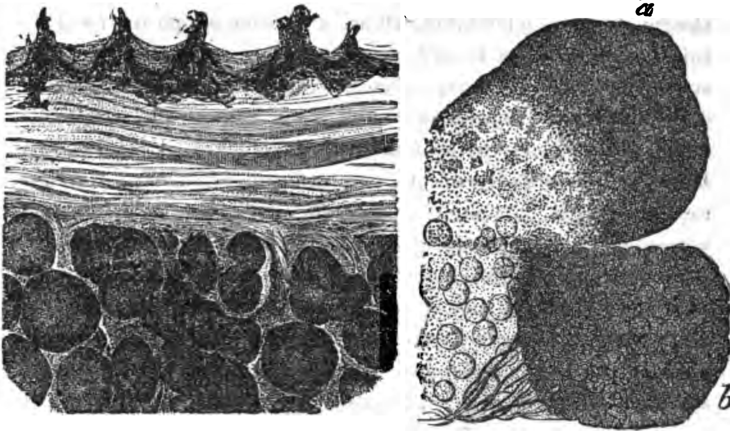
---

(1) Beale, Arch. of medicine. N.° 1, p. 2.

Questa idea, basata su numerose e diligenti osservazioni istologiche di polmoni pneumonici, suscettibilissima di dimostrazione con ogni recente esempio della malattia in discorso, come pure coi molti preparati della mia raccolta, scosse le nozioni di certi patologi della scuola francese. Griselle or non è molto così osserva in proposito; « Io non posso accettare una dottrina che non è giustificata da alcuna prova diretta, contro la quale il senso clinico in certo qual modo si rivolta, e che è manifestamente contraria a quanto fu insegnato e si insegna tuttodì, dalla più semplice osservazione di medici di tutto il mondo (1) ». Se Grisolle, prima di scrivere codesta critica avesse investigato l'argomento nella sola via conveniente, cioè col microscopio, avrebbe veduti nell'epatizzazione rossa, corpuscoli del pus ad ogni epoca di formazione, e così si sarebbe convinto di una verità la quale, lungi dal rivoltare il senso clinico, presenta nuovi ed importanti argomenti per una pratica migliore, come si vedrà col tempo. Il microscopio dimostrò che molti dei così detti fluidi purulenti non erano purulenti affatto; mentre dimostra chiaramente che la disaggregazione, il rammollimento, e il liquefarsi dell'essudato plastico nella polmonite, processi ammessi da Grisolle, sono in realtà il risultato di una vitale formazione di cellule di pus; favorendo la quale possiamo indurre la guarigione nei nostri pazienti, diminuendola o interrompendola aumentiamo la mortalità nei malati stessi. La prova diretta che cerca il sig. Grisollè, egli stesso la può ottenere mediante alcune sezioni di un polmone pneumonico fatto col coltello di Valentin, ed esaminandole poi diligentemente, primo ad un ingrandimento di 25, poi di 250 diametri lineari, e allora vedrà: 1, l'essudato molecolare nelle vescichette aeree; 2, il passaggio di questo in cellule di pus per coalescenza molecolare, e 3, la formazione e la susseguente degenerazione di tali cellule. È così costante la formazione del pus nella polmonite, e lo si può vedere formarsi per aggregazione molecolare indipendentemente di cellule preesistenti, in modo così chiaro, da offrire un pieno rifiuto della dottrina

(1) Traité de la Pneumonie, 2.ª ed. 1864, p. 53.

di Virchow, omnis cellula e cellula, detta comunemente patologia cellulare.



Trasformatosi l'essudato in cellule di pus, queste dopo un certo tempo diventano adipose, si rompono, si slegano, si liquefanno, e vengono assorbite nel sangue, d'onde sono poi espulse dagli emuntorj, ma specialmente dai reni, allo stato di urati.

La patologia di questa malattia, così spiegata, mi spinse

Fig. 1.ª Sezione verticale della parte esterna di un polmone affetto da pleuro-polmonite; ingrandimento di 25 diametri lineari. — Esternamente, l'essudato sulla superficie ha formato un denso strato di fibre molecolari, e si vedono i villi che diventando vascolari assorbono il fluido sieroso. La metà inferiore della figura mostra le vescichette aeree del polmone turate dall'essudato molecolare coagulato.

Fig. 2.ª Due vescichette aeree ad epatizzazione rossa del polmone, ingrandimento 250 diametri lineari. *a*, vescichetta piena di essudato molecolare, che si raccoglie in piccole masse a formare corpuscoli di pus. *b*, una vescichetta aerea vicina, nella quale l'essudato trovasi ad uno sviluppo più avanzato, e vi si formano delle cellule-pus.

molti anni sono alla convinzione che il salasso e gli antiflogistici dovevano essere dannosi. Le cellule del pus devono ritenersi come corpi vivi, e come tali c' è bisogno di un eccesso di sangue, di una buona nutrizione, e di una esagerata forza vitale per affrettarne lo sviluppo e portarli successivamente attraverso i naturali stadj della loro esistenza. Se la risoluzione della polmonite consistesse semplicemente in un processo regrediente, in una così detta necrosi dell' essudato, il metodo antiflogistico, favorendo codesto processo, dovrebbe far migliorare rapidamente il polmone e guarire la malattia. Ma la mia convinzione che tale espulsione sia dipendente da vitali processi di *formazione*, mi condusse ad un metodo opposto, ad evitare cioè di troncare la malattia o di indebolire il polso e le forze vitali, e al contrario a favorire i necessarj cambiamenti che deve subire l' essudato onde venire pienamente espulso dall'economia. A questo fine, durante il periodo di eccitamento febbrile, mi limito ai salini a piccole dosi all' intento di diminuire la viscosità del sangue. Sul principio della cura, prescrivo brodo, latte ed altri nutrienti quanti se ne fanno prendere, e tostochè il polso cede, cibo solido, e vino ogni giorno da 4 ad 8 once. All' avvicinarsi del periodo critico prescrivo un diuretico, mezza dramma di etere nitrico, e qualche volta dieci gocce di vino colchico tre volte al giorno per favorire l' escrezione degli urati. Se la crisi si determina con sudori o movimento intestinale, ho cura di non disturbarla in nessun modo. Ritengo che i salini e i diuretici non fanno altro che ajutare il progresso naturale della malattia. La parte essenziale della cura consiste nel riposo, nel nutrimento, e nel sostenere le forze del corpo.

Lo scopo di questo metodo fu assai frainteso, e più che dagli altri, da Grisolle, il quale lo chiama un trattamento aspettativo. A me pare che ne differisca completamente nella cura che si deve avere di nutrire l' organismo indebolito, *fin dal principio*, e così, secondo le idee patologiche già espresse, ajutare le forze vitali a modificare l' essudato coagulato, dapprima in una nuova formazione (pus), poi in un fluido capace di essere assorbito. Non posso chiamarlo un metodo dietetico, poichè questa denominazione fu applicata sul continente a signi-

ficare una limitazione di dieta, piuttosto che una concessione; la diète absolue dei francesi, vuol dire sfinimento per fame. Questo fatto spiega il fatale risultato della pratica e specialmente il mal esito di Grisolle, quando provò l'aspettare, o, com' egli intende questo metodo, il proibire ogni nutrimento, mentre al tempo stesso si agisce sul tubo intestinale con injezioni d' olio di ricino (1). La mia patologia su questo rapporto pare strana, e inutile il parlarne (2); ma poichè mi condusse a guarire ogni caso di polmonite singola e doppia non complicata, mentre il metodo di Grisolle dà 1 morto ogni 6 casi, io spero mi si permetterà di credere che la mia teoria è meglio fondata sull' osservazione di quello ch' egli supponga, poichè la mia pratica la sostiene in modo non disputabile.

Qui mi fermai assai poco sulla patologia della polmonite, poichè nello stato presente della scienza per intender completamente questa patologia, bisognerebbe addentrarsi assai nel grande argomento dell' infiammazione. Era mio scopo di dimostrare che, per quanto concerne la mia pratica, vi fui indotto da scientifiche ricerche. Ora, dopo avere diligentemente osservati e tenuto nota di casi per diciassette anni nelle sale di un ospedale, io mi arrischio a credermi giustificato, sostenendo che la verità in pratica coincide colla verità in teoria, e che l'una sostiene e conferma l' altra (3).

Obbiezioni e risposte.

In una questione di grande importanza pratica come la presente, nella quale si raccomanda un procedere molto opposto alla pratica passata ed alle opinioni di molti ed abili medici,

---

(1) Traité de la Pneumonie, 2.e ed., p. 559.

(2) Idem, p. 568.

(3) Per una migliore considerazione della patologia dell'Autore su questo argomento vedasi la quarta edizione dei: Principles and Practice of Physic, 1865, dell'Autore stesso, specialmente agli argomenti: Molecular and Cell Theories of Organisation, p. 115; Inflammation, p. 155; The natural Progress of Diseases, p. 295; On the Diminished Employment of Bloodletting and Antiphlogistic Remedies, etc., p. 302.

erano da aspettarsi non poche obbiezioni. Infatti le furono emesse liberamente, poichè le idee che pubblico quì erano già note al pubblico per le mie lezioni ed altri miei scritti. Senza riferirmi a nessuno individualmente, mi propongo di rispondere a queste obbiezioni separatamente.

Obbiezione I. — *Nessun piano di cura della polmonite può essere applicabile a tutti i casi.*

Una obbiezione generalissima che si fa al metodo ristorante nella cura della polmonite, è fondato sul supposto buon risultato di metodi antecedenti in casi specialmente addatti per essi. Non è possibile, dicesi, che un dato trattamento riesca in tutti i casi di polmonite, poichè alcuni casi si verificano in robuste costituzioni ed altri in organismi deboli. Come pure la malattia si osserva in circostanze diverse di età, di sesso, di clima, di costituzione, ecc.; può presentare grandi diversità di fenomeni circa il dolore, l'insonnio, l'affanno, l'espettorazione, e via; più l'estensione della malattia e delle sue complicazioni le dà dei caratteri speciali; e tutti questi richiedono delle modificazioni nel trattamento. Tutte queste asserzioni ci si presentano non solo affascinanti, ma anche assai ragionevoli. Alcuni che furono obbligati ad ammettere la fatalità del salasso generale, del tartaro emetico e degli antiflogistici, dicono che la colpa sta nel non averli saputo impiegare a dovere; essi opinano, che praticato il salasso solo in certi casi, e somministrato l'antimonio, l'opio, e la digitale solo in certi altri, si avrebbe avuto altro risultato. Queste asserzioni costituiscono degli assunti affatto mancanti di prove.

D'altra parte, ovunque medici giudiziosi hanno praticato con tali idee, quantunque con distinto miglioramento dell'antico sistema antiflogistico, pure s'ebbe ancora una considerevole mortalità, la quale, messa a confronto col trattamento ristorante, rende più rilevante la vasta superiorità di quest'ultimo. Non possiamo mettere in dubbio che codeste viste siano state abilmente sostenute da Lebert, Huss, Bamberger, Flint, Rigler e Morehead; eppure esponemmo già come il miglior successo, che fu quello ottenuto da Lebert, sia di 1 morto in 13 casi

secondo Huss, anche i casi non complicati curati così, danno una mortalità di 1 su 17 casi. A me pertanto riesce certo che i tentativi diretti a migliorare particolari sintomi per mezzo di rimedj che impoveriscono le forze e diminuiscono l'appetito, siano contrastabili, e che quantunque alcuni pazienti se ne trovino meglio, questa pratica, posta quale regola, debba evitarsi.

Nel ragionare con medici che sostengono l'obbiezione or accennata, troverete sempre che i loro argomenti riposano su casi speciali. Dimostrammo che, dove s'aveva per regola una stretta pratica antiflogistica, in ogni tre casi di polmonia così curata c'era un morto. Bisogna ammettere che questa è una mortalità spaventosa, tanto più che la si nota in una scelta di casi non complicati, i quali tutti si possono ora guarire mediante un trattamento ristorante. Ma se uno moriva su tre, due su tre guarivano; di sessanta casi curati, quaranta andavano bene, e il pratica, riandando negli anni successivi i risultati della sua pratica, enumera con tutta compiacenza la lista degli individui ch'egli salvò colla lancetta; questi fecero viva impressione, i morti si dimenticano. Egli è evidente che non si arriva a nessuna retta conclusione riguardo all'esito di un trattamento, se non si prendono in considerazione tutti i casi, se non si paragonano i casi fatali coi guariti. Quando si partì dal punto che gli individui vigorosi o pletorici affetti da polmonite debbano essere salassati, mentre solo i deboli si debbano sostenere, dov'è, io domando, la prova di un tal dogma? Così pure, quando si asserisce che l'eccessiva dispnea, o il caso della malattia in ambi i polmoni, richiedono il salasso, dov'è, io domando, la prova? Mi appello ai fatti esposti nella Tavola dove si dimostra che e deboli e forti migliorano facilmente coi ristoranti, e che il grado di dispnea o la malattia in uno o in ambidue i polmoni, non influiscono in nessun modo sulla mortalità.

Parecchi autori provarono che vi sono diverse circostanze che aumentano o diminuiscono assai la mortalità e la durata della polmonite, e meglio d'ogni altro lo provò il Dr. Sibson nel suo dotto articolo pubblicato nella Brit. and For. Med. Chir. Review, del luglio 1858.

Le circostanze cui egli allude specialmente sono l'età, il sesso, e la costituzione del paziente, la stagione, il clima, l'antecedente debolezza del malato, la negligenza sul principio della malattia, l'estensione, il carattere e lo stadio della malattia, le complicazioni, il cambiamento di tipo, e le condizioni della vita dell'ospedale. Parecchie delle sue conclusioni, vedute alla luce dei fatti che ora pubblicai, debbono essere modificate, specialmente quelle che si riferiscono all'influenza dell'estensione della malattia e al cambiamento di tipo, che in verità danno poco effetto sul decorso della polmonite. Tutte le altre circostanze si possono radunare, credo, sotto un sol capo, cioè, cause diverse producenti debolezza. Perchè la malattia sia meno fatale nei giovani al di sotto dei venti che non negli adulti, sta evidentemente in questo, ch'essi sono più vigorosi e in loro i processi nutritivi sono più attivi. Vedemmo pure che nelle donne, più deboli degli uomini, la malattia si prolunga di più. Così pure, il trascurare la malattia sul principio, la debolezza della costituzione, come nelle razze indiane, sono di effetti dannosi. Devesi notare che le osservazioni del Dr. Sibson e di altri commentatori, sul trattamento passato, si riferiscono per la maggior parte ai risultati di un trattamento antiflogistico, aspettativo, o misto. Mostrammo che con un trattamento ristorante, moltissime di codeste circostanze che si volle influenzassero sfavorevolmente la polmonite, vengono tolte d'un tratto. Il gran fatto che tutti i miei casi guarirono, tranne i quattro che morirono per meningite fatale, per ulcerazione degli intestini, o per malattia renale, vuol dire che in questo clima, coi ristoranti, l'età, il sesso, la stagione e la costituzione del malato non hanno veruna influenza sulla mortalità, quantunque in certo grado influiscano sulla durata della malattia.

Non v'è forse circostanza che influisca sulla mortalità e il decorso della polmonite, più della trascuranza del primo periodo della malattia. Le classi inferiori non solo soffrono la fame dopo l'invasione della febbre, ma non di rado continuano nei loro mestieri, fino a che esauriti affatto ricorrono all'ospedale. Son questi quei casi che si trovano moribondi fin dalla prima visita, e che se non muojono, hanno una convalescenza prolungata. È singolare il vedere come di sovente questi individui pos

sano riaversi e trionfare della malattia coi ristoranti. E così mentre i robusti con un metodo ristorante superano sicuri ed in breve la malattia, i deboli trovano in questo il solo mezzo di sfuggire alla morte e di assicurarsi la guarigione.

Obbiezione 2.ª — *Il risultato del trattamento ristorante dipende da un cambiamento che è avvenuto nel tipo della malattia.*

Non appena nel 1848, cominciai ad esperimentare il metodo ristorante nella polmonite nelle sale cliniche del Royal Infirmary, il mio distintissimo collega Profess. Alison, ne venne in cognizione necessariamente. Parve colpito dai risultati così contrarj alle nozioni ch' egli aveva fino allora, e finì concludendo che questi risultati non si potevano spiegare, tranne che supponendo che il tipo delle malattie infiammatorie, avesse cambiato dai giorni di Cullen e di Gregory. Egli pel primo emise quest'idea nelle sue lezioni cliniche nel 1850 e 1852, ma particolarmente in un lavoro pubblicato nel 1856 (1), al quale io risposi nel 1857 (2). L'ultimo di questi lavori diede origine alla così detta controversia del salasso del 1857 in questo paese, cui presero parte il continente e gli Stati Uniti d'America.

La teoria emessa dal Dr. Alison era, che l'alterata pratica nella polmonite e in altre malattie acute, non risulta da un maggior sapere o da un avanzamento di diagnosi e di patologia, ma dall'essersi cambiate le malattie stesse. Per esempio, egli pensava che l'infiammazione ora, non è quella stessa dei tempi di Cullen e di Gregory; che la costituzione umana (come poi, non spiegava) è fondamentalmente alterata e fattasi più debole; cosicchè il medico aveva ragione di trattare la malattia col salasso allora, come ha ragione di astenersene ora. Questa teoria sembrò così soddisfacente al fondatore di essa, ch' egli

(1) Reflections on the results of experience as to the symptoms of internal inflammations, and the effects of blood-letting, during the last forty years. (*Edin. Med. Journal*).

(2) Observations on the results of an advanced diagnosis and pathology, applied to the management of internal inflammations, etc. (*Edin. Med. Journal*, vol. II. p. 769).

invocò la dignità di un fatto ultimo o di un assioma. I cambiamenti di tipo, dice Alison, nelle malattie infiammatorie, costituiscono una « parte delle generali dispensazioni della Provvidenza riguardo a quelle malattie, e sono, *un fatto ultimo nella loro storia* ». Il Dr. Waston, con altrettanta enfasi nell'ultima edizione della sua opera sulla Practice of Physic dice: « Io sono fermamente persuaso, per osservazioni mie e per i ricordi della medicina, che vi sono delle *onde* di tempo nelle quali prevalgono successivamente i caratteri stenico ed astenico della malattia; e che oggi ci troviamo in una delle fasi adinamiche ».

Or vediamo per un momento cosa implichi questa teoria — cioè, che la costituzione del genere umano divenne più debole e meno capace ora di sopportare la deplezione; che il polso umano, che è il mezzo per verificar ciò, batte meno vigorosamente quand'è malato di quello che fosse centinaja d'anni prima di Cullen e di Gregory; che quando un uomo robusto, oggi, s'ammala di un'infiammazione, presenta tutti i fenomeni che di solito si osservano in un debole; in breve, che la razza umana degenerò così negli scorsi trentacinque anni, che la reazione che avveniva una volta nell'economia non c'è più, e non si può più sopportare così bene la deplezione.

Questa idea non ha altro fondamento che la supposizione; perchè, esaminando gli effetti delle ferite dopo la battaglia di Waterloo e dopo quella di Alma, li troviamo identici, nell'armata Britannica. Come pure non si osservò alcuna modificazione in proposito negli ospedali civili. Aggiungasi che invece il popolo è meglio nutrito, meglio coperto ed alloggiato d'una volta; i conforti e i godimenti della vita sono assai più divulgati. È facile il dimostrare che la forza intellettuale, l'intraprendere commerciale, il valore marziale, il vigore del corpo, non sorpassarono mai, in questo paese, il grado cui si trovano ora — fatti completamente opposti alla teoria emessa.

La cura dell'infiammazione senza antiflogistici fu introdotta anche nella pratica veterinaria. Dovrebbesi quindi dedurne che i nostri cavalli e la razza bovina, per effetto della civilizzazione abbiano degenerato, e che in essi pure siasi alterato il tipo della malattia? Portano ancora le stesse some, arano colla stessa profondità di solco, corrono come prima, se non meglio.

D'altronde non devesi dimenticare che il metodo antiflogistica fu di una pratica fatale; nella polmonite acuta diede 1 morto in 3 a 6 casi (I. IV). Nelle mie sale non vi furono morti in simili casi non complicati, mediante il metodo ristorante. Per provare che questo è il risultato del metodo e non di cambiamento di tipo, basta considerare che in Spagna e in Italia dove si segue ancora l'antico sistema, si hanno gli stessi risultati. Non fummo noi colpiti dalla morte del conte Cavour seguita dopo cinque salassi per una febbre? Non si dirà certo che, mentre i popoli della Brettagna, della Francia e della Germania hanno degenerato, quelli della Spagna e dell'Italia abbiano serbato il loro primo vigore. A Parigi, Bouillaud continua nel suo sistema di salassare *coup-sur-coup*. Egli è il solo in quella capitale. Dovremo credere che nelle sue sale il tipo della malattia non abbia cambiato come dev'essere avvenuto negli altri ospedali? Noi troviamo che, dovunque si pratica in oggi il salasso largamente, si ha ancora la stessa gran mortalità di prima — il che prova che la malattia non cambiò.

Si disse che le febbri epidemiche cambiano di tipo, e avviene così in fatti, ma non ne segue che si comportano allo stesso modo le malattie organiche. I veleni morbosi atmosferici nascono da fonti diverse, e sono più potenti in un periodo che in un altro, e inducono sintomi di diversa intensità non solo, ma diversi fra loro, come vedesi nel tifo e nella febbre tifoide. Sono questi ultimi cambiamenti che costituiscono la differenza di tipo. Furonvi uomini robusti e uomini deboli in tutti i tempi; gli insulti, le lesioni e i cambiamenti di temperatura agirono su di loro allo stesso modo, producendo sintomi proporzionati al loro vigore corporale, ma senza che i sintomi stessi modificassero di carattere. Il cancro, il tubercolo ed altre alterazioni di struttura, cambiarono di tipo? Le malattie tubercolari dei polmoni, fino a questi ultimi tempi si credettero quasi sempre fatali; ora, in virtù di un metodo migliorato si sa che guariscono spesso. Dovremo dunque credere che, mentre gli individui ammalati d'infiammazione sono più deboli, quelli malati di tisi e di scrofola sono più forti di quel che erano un tempo?

Si disse che il polso ha cambiato; una volta era più vigoroso ed ora è comparativamente debole. Il perchè poi negli ul-

timi venticinque anni la natura abbia cambiato il polso dell'uomo e degli animali, non saprei. Giudicando dalle circostanze cui mi riferii, specialmente la maggior larghezza di cibo e la prosperità generale, dovrebbesi avere invece un polso più valido. Non mancò chi mettesse fuori ragioni per spiegare il supposto fatto. Così si è detto che l'uso del the invece del liquore preparato coll'orzo, gli spiriti, e il vino, rendano l'individuo più debole e più nervoso; che l'uso delle patate, che le ferrovie, vi contribuirono per qualche cosa. Watson opina che ciò si debba attribuire alle epidemie choleriche, le quali, in un modo tale ch'egli non cerca di spiegare « lasciano traccia della loro azione sulla salute e sulla vitalità, anche lungo tempo dopo che cessarono di dominare come epidemie ». (*Pneumonia*, volume II., p. 97). Robertson di Manchester si dichiara soddisfatto per via d'esperienza che l'epidemia fu causa di questo naturale cambiamento di tipo. Altri suppongono che dipenda dalle alterate relazioni fra le nostre popolazioni cittadine e rurali. Non sarebbe molto meglio che coloro che stanno disputando sulle cause di un cambiamento di tipo che è lungi dall'essere evidente, non sarebbe meglio che si domandassero innanzi tutto, come mai stabiliscano il fatto del cambiamento subìto dal polso?

È inutile dire che la memoria e la sola opinione in tali casi non sono di molta importanza. Quanto sovente i sensi ci ingannano, cogli oggetti alla mano; quanto poco bisogna confidarvisi quando si asserisce semplicemente che secondo la memoria di un dato pratico, un polso era più valido venti anni sono di ora! Eppure a spiegare un cambiamento di pratica, non abbiamo altro motivo di questo, emesso dai sostenitori di una teoria che parte dal fatto fondamentale che la forza vitale abbia diminuito nel cuore e nel polso dell'uomo e degli animali. Ora vediamo che risponde la scienza e la positiva osservazione a queste idee. Non c'è altro argomento in fisiologia, sul quale, come su questo del polso, si possa dire di avere più elaborate e più esatte informazioni. Nel 1732 Stephen Hales pubblicò una serie notevole di esperimenti sulla forza statica del polso e sulla rapidità del sangue nelle arterie di diverso calibro. Nel 1828-29 Poisseulle ripetè osserva-

zioni simili mediante un istrumento inventato a tale scopo ch' egli chiamò emodinamometro, e che lo condusse alle stesse conclusioni già ottenute da Hales. In questi esperimenti si determinò la forza del polso dall' altezza cui l' impulso del sangue poteva innalzare una colonna di mercurio. Ne risulta che la forza statica colla quale vien spinto il sangue nell' aorta umana, uguaglia la pressione di 4 libbre e 4 once su un pollice quadrato; nel polso radiale è eguale a circa 4 dramme. Valentine confermò questi risultati nel 1844, Ludwig nel 1847, e Vierordt nel 1855; ed ecco come non solo manca ogni fatto per sostenere l'assunto che il polso umano e degli animali sia diventato più debole, ma le esperienze ora citate, instituite ad epoche diverse e lontane, ci dicono positivamente che da 130 anni il polso non è punto diminuito di vigore. La teoria del cambiamento di tipo, lungi dall'essere fondata su fatti noti, è invece erronea, ed affatto in opposizione coi dati diligenti che ci fornì nei tempi moderni l' istologia, la fisiologia, la patologia.

Ai lettori che si interessano in codesto argomento, riescirà gradita l' analisi degli scritti che vennero in luce durante la controversia del salasso del 1857, e che trovasi nella terza edizione de'miei: Principles ad Practice of Medicine, 1859, pagina 297. Il sommario precedente è tolto dalla quarta edizione 1865. Durante la stampa di queste pagine, il Prof. Stokes di Dublino aggiunse il suo nome illustre a quello degli altri medici che combatterono validamente per un cambiamento di tipo nella polmonite durante gli ultimi trenta o quarant'anni. Egli dice: « Mi ricordo benissimo di aver osservato il frequente presentarsi dei fenomeni accennati da Christison — l'azione veemente del cuore, la non compressibilità del polso, il rosso vivo del sangue venoso e la forza colla quale zampillava quasi *per saltum* dall'orifizio della vena. (Address in Medicine to the British Medical Association, 1865) ». E mentre il profess Stokes di Dublino ricorre alla memoria per sostenere la teoria del cambiamento di tipo, il Dr. G. Balfour pubblica uno scritto nel quale cita casi di Cullen e di Gregory, tolti da annotazioni fatte alle loro lezioni, e conservate nelle librerie dell' Edinburgh College of Physicians e della London Medico-Chirurgical Society. Que-

ste annotazioni di casi fatte in allora, provano chiaramente che la polmonite quale si osservava a quei giorni, presentava esattamente lo stesso tipo della polmonite d'oggi. Nella maggior parte dei casi il polso era molle; anzi quanto al polso, lungi dall'essere valido e resistente, come dovrebbe essere secondo le memorie di Christison e di Stokes, il Dr. Gregory pone come regola che « riguardo alla pienezza del polso nella polmonite, sul principio, prima che il paziente venga salassato, non è solo molle e anche piccolo, ma generalmente, dopo salassato diventa più pieno, quantunque mantenga sempre la sua mollezza (1) ». Certo che codesti fatti scritti al letto dell'ammalato durante la vita del paziente, sono di un valore senza paragone rispetto alla sola rimembranza del passato, in medici per quanto eminenti. Onde ripeto che il cambiamento di metodo nei tempi moderni non si può far dipendere da un cambiamento del polso e da un tipo tifoide della malattia, come si volle supporre.

Credo che, bene esaminato un altro degli assunti del Dr. Stokes, anche questo non riuscirà a sostenere la sua dottrina. Parlando degli esemplari di polmonite presentati alla Pathological Society of Dublin in questi tempi, e paragonandoli a quelli degli anni 1820-30, egli dice: « In generale questi esemplari mostravano tutti degli indizj di diminuito grado di energia patologica. Nella polmonite, per esempio, il rossore, la durezza, la densità, e il determinato confine del polmone solidificato si vedevano di rado; e quello stato di aridità e di injezione scarlatto vivo cui io darei il nome di primo stadio della polmonite, diventò rarissimo. In luogo di questi caratteri, avevamo una condizione più vicina alla splenizzazione, le parti affette porpora, non rosso brillante; friabile, non sodo; umido non secco; e il tutto quale risultato piuttosto di diffusa che di energica e concentrata infiammazione, oppure avevamo un'altra forma, cui il Dr. Corrigan diede il nome di polmonite azzurra, nella quale la struttura rassomigliava a quella di un polmone carnoso immerso nel sangue venoso ». Accettando i fatti coi

(1) Edinburgh Medical Journal, September, 1865, p. 216.

particolari esposti dal Dr. Stokes, possiamo darne una facile spiegazione, senza la necessità di supporre che nei tempi recenti le alterazioni organiche della macchina umana abbiano subita sensibile modificazione nei caratteri fisici. In primo luogo, pel migliorato trattamento pochissimi muojono ora nel primo stadio di polmonite, circostanza più che sufficiente a spiegare come sia rara quella solida e distinta epatizzazione rossa del polmone cui accenna il Dr. Stokes. Ogni patologo d'altronde sa, che quand'egli esamina una polmonite semplice essenziale al primo stadio, presenta precisamente ora lo stesso aspetto e gli stessi caratteri di quelli d'una volta. In secondo luogo, è certo che il maggior numero di esami cadaverici che si fanno ora, e la maggior attenzione che si pose all'anatomia patologica, misero in luce lesioni che prima si comprendevano poco, quali sarebbero la splenizzazione, la carnificazione e il collasso dei polmoni. È cosa evidente però, che il diminuito numero di veri esempj di epatizzazione rossa e dura, e l'apparente aumento delle splenizzazioni e di lesioni più molli degli organi così frequenti nelle febbri, non è prova di un cambiamento della lesione stessa, ma piuttosto della diminuita mortalità di una malattia e di conseguente aumento relativo di altre.

Il Dr. Stokes nega altresì che una più avanzata diagnosi e patologia abbiano avuta influenza alcuna nel ridurre la mortalità dei casi di polmonite acuta. Quanto alla diagnosi, asserisce che da Laënnec in poi non si ebbe alcun miglioramento. Ma ammettendo ciò nel senso che Laënnec e pochi suoi seguaci potevano riconoscere fisicamente la polmonite come lo fanno i medici d'oggi, bisogna concedere che l'abilità di coloro è al presente assai più diffusa tra i medici, e che in pratica, codesta estensione di facoltà diagnostica contribuì assai alla precisione nel riconoscere la malattia in discorso.

Quanto poi all'influenza esercitata qui dalla patologia cellulare, io sostenni fin dal principio che fui condotto a modificare la mia pratica, considerando che le cellule di pus sono formazioni vitali per via delle quali vien rimosso l'essudato. Però questa patologia, come dissi, non ha nulla a che fare colla patologia cellulare di Virchow, colla quale fu stranamente mescolata da Stokes. La dottrina di Virchow è fondata

sul concetto che ogni cellula nasce da una cellula preesistente, e in nessun altro modo, e che non dobbiamo trasferire la sede di reale processo in nessun altro punto fuori della cellula. A questa dottrina io fui sempre opposto, e dimostrai come vi siano lucidi fatti che provano l'esistenza di processo vitale senza cellula, in modo da far piegare l'ipotesi di Virchow — si può facilmente dimostrare che le cellule del pus per esempio che infiltrano il polmone nella polmonite, hanno origine indipendentemente di cellule preesistenti. Qui non è necessario l'addentrarsi di più in codesto argomento; mi riferisco invece ad una serie di lezioni che pubblicai nel Lancet 1863, sulla fisiologia molecolare, la patologia, e la terapeutica, e ad un breve cenno delle teorie cellulare e molecolare di organizzazione, alla pagina 115 dell'ultima edizione de' miei Principles and Practice of Medicine. È chiaro che alla legge di nutrizione fatta nota per via dell'istologia, noi dobbiamo la presente teoria dell'infiammazione e la pratica favorevole che vi si fondò sopra.

In tutta questa discussione evitai di dire cosa alcuna che potesse ferire coloro che pei primi impiegarono gli antiflogistici nella cura della polmonite. Non era mio scopo di dimostrare — come parrebbe credere il mio distinto amico Dr. Stokes — che « i nostri predecessori mancavano nell'osservazione ed erano erronei nella pratica ». Credo al contrario che i medici di una volta fossero pienamente coscienziosi ed agissero in perfetta armonia colla patologia dei giorni loro e collo stato di sapere di allora. Ma or che la patologia ha progredito e che il nostro sapere si è esteso pur esso, invece di rimanere schiavi dell'autorità dei nostri padri, bisogna che li imitiamo almeno in questo, di portare la teoria e la pratica nostra in armonia l'una coll'altra. Il mio vero scopo era quello di dimostrare, che la conoscenza nostra dei processi morbosi ci condusse ad un metodo di cura che diminuì d'assai la mortalità delle infiammazioni acute; se vi sono riuscito sarò contento, mentre mi dorrà sempre che gli illustri nomi di Alison, Christison, Watson e Stokes non siano della mia opinione.

Obbiezione 3. — *In certe circostanze devesi ricorrere ancora al salasso*

Nel mio lavoro pubblicato nel 1857, dimostrando gli sfavorevoli effetti del salasso e degli antiflogistici sulla mortalità e sulla durata della polmonite, dovetti indicare che questi rimedj senza dubbio miglioravano i sintomi e che si potevano quindi impiegare, cautamente, quali palliativi. « Mentre i larghi e ripetuti salassi, diceva allora, praticati allo scopo di arrestare la malattia mi sembrano opposti ai precetti di una sana patologia, i salassi piccoli e moderati, diretti a palliare certi sintomi e specialmente il dolore eccessivo e la dispnea, si possono ancora adoperare con ragione e senza pericolo di recar danno, a meno che non ci sia gran debolezza. Fui sorpreso sovente nel vedere il miglioramento che si otteneva con piccole emissioni di sangue, specialmente quando tali sintomi dipendevano da vasti aneurismi toracici. Si può sperare di ottenere lo stesso risultato in altri casi, quando la congestione è passiva ed anche quando questa è associata a replezione attiva di sangue, seguita da essudato. Accenno appena che questo semplice palliativo del salasso non costituisce la base sulla quale si deve fondare il pratico; e che questo punto di vista ha bisogno di essere diversamente spiegato. — — — Vi sono dei casi, che una volta si prendevano spesso per infiammazione, nei quali si può ancora adoperare il salasso; quando per esempio nel cuore e nel polmone esiste un ostacolo alla circolazione dipendente da eccessiva distensione del cuor destro, quando c' è congestione venosa, ingorgo e forse edema del polmone; così pure in certi casi di bronchite che impedisce l'aereazione, nei casi di aneurisma e di asfissia. Ed anche qui non si è ancora limitato esattamente il vero valore del soccorso; ogni caso speciale richiede un esame più diligente dell'opportunità del rimedio, richiede che si determinino i principj meccanici che giustificano questa pratica. Il beneficio temporaneo che si ottiene in molti di questi casi coll' emissione di una piccola quantità di sangue è spesso, come dicemmo, assai distinto. Ho veduto spesso dei casi di dispnea e di dolori eccessivi cagionati da aneurismi toracici in soggetti vigorosi, diminuire

e migliorare d'assai per la durata di 12 a 24 ore, con un salasso di sole cinque once. Pare probabile che ciò dipenda dalla diminuita tensione di tutto il sistema vascolare. Qualunque sia la spiegazione di questo fatto, io ritengo che, quale palliativo e adoperato nei soli casi esenti da debolezza, si possa ancora far uso del salasso. Così pure degli antimoniali; a larghe dosi affievoliscono il cuore, diminuiscono la forza del polso e non giovano, ma a dosi più piccole insieme ad altri sali neutri, possono ajutare a diminuire la viscosità del sangue e favorire le secrezioni della pelle e dei reni ». A queste idee io aderisco ancora, quantunque da qualche anno non mi sia trovato nella necessità di ricorrere al salasso nemmeno come palliativo, avendo trovato che i cataplasmi caldi applicati localmente giovano lo stesso. Nel mio scritto del 1857 c'è un altro brano che merita di essere citato qui: « Si opinò che i benefici effetti del salasso giustificassero la pratica. È questa una questione terapeutica importantissima, e che io credo non ancora sufficientemente ponderata. Senza dubbio che il dolore è un grave danno, e l'uomo cerca di evitarlo a qualunque costo sovente. Ma se il godimento della vita è un vantaggio, non lo si ha spesso che a prezzo di privazione e di dolore; sotto questo punto di vista la malattia si può considerare non di raro come un benefizio e un gran bene atto a riconciliare l'uomo colla morte in molte circostanze, come con un sollievo. Questo però non è il lato terapeutico della questione; primo dovere del medico è guarire, e se non vi riesce, alleviare. Se si può ottenere l'uno e l'altro tanto meglio; ma se i mezzi per alleviare sono opposti a quelli per guarire, bisogna senza esitare sacrificare i primi per ottenere gli effetti dei secondi. Altrove (1) indicai quanto sia stato trascurato questo principio nella cura del consunzione polmonare; ed anche là lo fu meno che nell'infiammazione. Ammesso che in certi casi il dolore si allevia col salasso, e che nella polmonite questo mezzo rende temporaneamente più libera la respirazione, a quale prezzo non si otten-

(1) The Pathology and Treat. of Pulmon. Consumption, dell'Autore, Edinb. 1859, 2.ª ed., p. 143.

gono questi giovamenti quando si è poi ridotto il malato a non potersi più riavere! E quand'anche s'avvii poi bene, i salassi quasi sempre protraggono la malattia. Non credo necessario di citare casi per provare il fatto, che in molti esempj il salasso fu di gran danno; ciò ammetterà facilmente ogni medico onesto ».

Recentemente il Dr. Markham ammise che, nelle circostanze più sopra accennate, il salasso dalla vena continuato fino a che il paziente ne migliora o fino all'abbattimento, non sia solo un palliativo, ma *un rimedio sovrano e salutare*. Secondo me è dannoso e inutile lo spingere a tanto il salasso; bastano dalle 4 alle 8 once. In un uomo robusto di 36 anni con pleuropolmonite doppia, con dolore e dispnea (non si dice nulla del polso), il Dr. Markham estrasse 16 once di sangue dalla vena con grande ed immediato vantaggio, a una settimana di data della malattia. Il dolore a destra ritornò la sera, e si applicarono otto o dieci sanguisughe. La mattina appresso il malato stava meglio di prima. « Ma, si osserva poi, io non intendo seguire la storia di questo malato per tutta la lunga convalescenza. Aggiungerò solo che oltre alla polmonite doppia ebbe poi pericardite, e che più tardi ebbe un ascesso pleuritico a destra che si aprì e si scaricò nei polmoni e per la trachea ». Invece di avere dei dubbj sul valore del rimedio in questo caso, ci si dice in confidenza che « il malato sarebbe morto se non lo si avesse salassato ».

La lezione clinica del Dr. Markham su questo e su un altro caso concludono così: « Che nessuna argomentazione teoretica ci tragga lontano dal fatto lucido che vedemmo coi nostri occhi. Si è visto un uomo, *in extremis*, combattere disuguale battaglia colla malattia; noi lo troviamo affetto da pleuropolmonite; vediamo che il salasso pone quà e là una fermata alla violenza del morbo; vediamo il paziente riaversi dal momento del salasso; lo udiste dichiarare lui stesso che il salasso fu la salvezza sua, per quanto teniate poco conto delle dichiarazioni di un malato su questo punto. Bisogna essere veramente scettico, assai poco ragionevole e senza senso comune per rifiutare di connettere l'effetto colla causa, la conseguenza coll'antecedente, la guarigione della malattia col salasso, nei casi che vi ho riferiti. E, lasciatemi dire anche questo, qual altro rimedio

mai potuto citare voi sotto alla luce del sole, capace di dare immediatamente quà e là tali risultati in una malattia sì formidabile? (1) ».

Questa pomposa lode del salasso è come *quella* che si usò trent' anni sono, e risulta da una osservazione *simile* dell' immediato miglioramento prodotto dal rimedio senza considerarne i pericoli e le conseguenze. E la lunga convalescenza nell'uomo robusto di 36 anni, e la pericardite susseguente, e l' ascesso pleuritico, si ritengono accidenti di poca importanza. Si ammette che la polmonite è una malattia formidabile; che la dispnea, così comune nei casi doppj dal quarto al settimo giorno, riduce il paziente *in extremis*; poi l' ineguale battaglia colla malattia, la violenza del morbo, tutto questo arrestato dal salasso! Secondo me il vero pericolo che minacciò quel malato nacque dalla pericardite, dall' ascesso pleuritico e dall' esaurimento susseguente. Perchè un uomo robusto incontra codesta serie di mali? Furono essi causati dal salasso e dalle sanguisughe applicate al settimo giorno, quando il soggetto era già prostrato da sette giorni di febbre? Non bastavano quattro o cinque once di sangue a dare tutto l' effetto palliativo che si ottenne con tanta perdita? Un cataplasma caldo locale, qualche bevanda spiritosa e un pò di nutrimento, non lo avrebbero portato la mattina seguente, in discrete condizioni, senza salasso? Come si può dire che, colla lunga convalescenza, colla susseguente pericardite e coll' ascesso pleuritico, si ebbe giovamento dal salasso? Non sarebbe più conforme ai *precetti della ragione e del senso comune*, l' argomentare che il vero nesso di *effetto e di causa* dimostrano che il paziente acquistò un miglioramento temporaneo a rischio della vita?

Per rispondere a codeste questioni, abbandoniamo le supposizioni e le calde descrizioni, e scendiamo ai severi fatti esposti nel nostro quadro. Colà troviamo trenta casi di polmonite doppia, tutti guariti; in essi vedesi l' effetto del salasso, scorrendo quelli distinti colla lettera D nella seconda colonna. È questo un fatto assai istruttivo, che ogni qualvolta si fece salasso

---

(1) Brit. Med. Journ., vol. I, 1865, p. 107.

sopravvenne la prostrazione e si prolungò di molto la convalescenza; mentre ogni caso di individuo robusto, come sarebbe quello del Dr. Markham, non ostante la grave dispnea e il dolore, ottenne rapida e completa guarigione coi ristoranti. (Vedi i casi VI., XLIV., e LXXI., confrontandoli coi casi X., XIV., XXXVIII., L., LI., LIV., LVII., LXX., LXXV., e CXIII).

Quale contrapposto al caso del Dr. Markham possiamo citare il caso XXXVIII. Uomo robusto, di 51 anni, ammalati ambidue i polmoni, faccia livida, dispnea intensa; di costui pure si poteva dire essere *in extremis*, combattendo disugual battaglia col morbo; non fu salassato, ebbe nutrienti e stimolanti, e invece di una protratta convalescenza con pericardite ed ascesso pleuritico, stava poi perfettamente bene, lasciando l'ospedale in nove giorni. (Vedi Appendice, casi V. — VIII).

Ma dalle descrizioni di pochi casi non si possono tirare, in medicina, solide conclusioni ad illustrare un metodo qualunque di cura. Si vogliono fatti severi, bene autenticati e messi in quadro, con tutti i fenomeni che accompagnano la malattia, accuratamente osservati e notati. Sovente per giungere alla verità, è necessaria una serie di casi dove si possono considerare i risultati e favorevoli e sfavorevoli, evitando ogni sforzo ipotetico e rettorico, e appoggiandosi solo sui particolari completi ed esatti.

In un lavoro susseguente su codesto argomento, (1) il Dr. Markham dice ch'egli salasserebbe solo in quei casi di polmonite nei quali la respirazione è gravemente oppressa. Egli cerca poi di fare una distinzione tra il salassare con dieta assoluta o meno, e certamente se questo procedere in ciascun caso è riprovevole, lo è doppiamente in ambidue i casi. Markham però crede che il salassare nell'ultimo caso, quando cioè la dieta non è assoluta, lungi dall'essere riprovevole, è « un rimedio altamente sovrano e che salva la vita ». Ciò io non posso ammettere, poichè dinnanzi ai fatti che abbiamo riferito, non si può dimostrare che questo metodo salvi la vita. *Allevia* temporaneamente il dolore e la dispnea, ma se prolunga la convale-

---

(1) Brit. Med. Journ., vol. I, 1865, p. 477.

scenza ed è origine di pericardite ed ascesso pleuritico, può dirsi esente da pericolo?

Il Dr. Markham osserva più innanzi. « Quando il Prof. Bennett parla dei danni che derivano dalla perdita di poche once di sangue nella polmonite, io non posso a meno di domandargli, come mai noi vediamo ogni giorno tanti ammalati nell'ospedale e di medicina e di chirurgia, gracili e robusti, perdere larghe quantità di sangue senza danno apparente, e spesso — specialmente nelle malattie di polmone e di cuore — con grande vantaggio? Qual prova si può trarre da questi numerosi fatti che ci stanno quotidianamente sotto gli occhi, che vi sia pericolo nella perdita di poche once di sangue? ».

Questo modo di argomentare e di disputare è fatto per sostenere la peggior pratica che ci sia mai. Abbiamo già detto (pag. 650) che quando moriva 1 individuo ogni 3 di polmonite, il grosso numero dei guariti veniva costantemente messo innanzi a sostegno del metodo antiflogistico. L'idea pertanto che i salassi fino al punto istesso del Dr. Markham (cioè « fino a che si manifestano segni di miglioramento o fino allo svenimento »), si possano praticare impunemente, non parliamo di vantaggi, è un'idea condannata da tutti i fatti che si conoscono, e non la si può voltare in vaghi assunti e farne dipendere il gran numero di guariti. (Vedi Appendice, caso VIII). La questione non sta nel come guariscano, bensì nel come muojono! E se il Dr. Markham mostrerà 100 casi di polmonite con dispnea nel suo ospedale, salassati com'egli dice, e senza un morto, allora egli avrà fatto molto ed avrà quasi sciolto la questione pratica. Ed anche allora, per dire che tal metodo è superiore a un metodo ristorante senza salasso, sarà necessario dimostrare che il grado di miglioramento ottenuto, compensa ad usura la debolezza che rende sì lunga la degenza nell'ospedale.

Il complesso di questa discussione ci indica quanto sia necessario l'emanciparsi da confidenti plausibilità e da fallaci assunti. Quando un medico rispettato e provetto nell'esperienza asserisce di aver trovato vantaggioso questo o quest'altro metodo, cosa dice con ciò? Dovrà indicare in qual modo e fino a qual punto è vantaggioso, e come esso in-

fluisca sulla mortalità e sulla durata della malattia. Eppure come di raro avviene così! Non si possono trovare maggiori autorità, nomi più illustri in medicina di quelli che sostennero il salasso e gli antiflogistici nella polmonite. Eppure le prove più rigorose ci mostrarono ch'essi erano affatto inconscii della grande mortalità nei casi da essi curati, e ritenevano quindi qual trionfo dell'arte loro la guarigione di 2 casi su 8. Ond'è che per determinare dei risultati dobbiamo contare i nostri casi, numerare i felici e gli sfortunati, ed invece di esaminare il metodo da un sol lato, quello che pare più favorevole, calcolare severamente anche il lato sfortunato. Questo mi conduce a considerare l'

Obbiezione IV. — *Le statistiche non possono determinare il valore di un metodo di cura.*

Non c'è argomento come quello delle statistiche mediche, che faccia vedere tanto saliente il carattere contradditorio del ragionamento medico; poichè, mentre ogni pratico tenta costantemente di moltiplicare i casi che gli sembrano prove della buona riuscita del suo metodo, accoglie con aversione tutto ciò che gli rammenta una mancanza. Nulla di più comune di vedere ogni sorta di rimedj raccomandatici sulla fede di pochi casi apparentemente felici, mentre nulla di più raro di una diligente relazione di una data cura in una serie di casi, compresi quelli che le riescirono negativi. È quanto è comune l'inclinazione ad ascrivere guarigioni all'arte medica, riferendo le morti agli inevitabili progressi della malattia! Quantunque medici filosofi abbiano in tutti i tempi indicata la fallacia di queste credenze, esse governano ancora quasi universalmente la medicina. Le descrizioni degli autori sistematici di medicina tendono ad alimentare questo stato di cose; in essi troviamo relazioni di malattie nettamente divise in stadj, forme e varietà, e consigliata una cura — detta vantaggiosa secondo l'esperienza — ciò che provato clinicamente si riconosce tosto inconsistente colla realtà. Non c'è che un sol metodo per scioglierci da codeste difficoltà, numerizzando cioè ed analizzando casi raccolti in completo. In ogni proposizione che risguarda la cura della

malattia, non possiamo evitare la considerazione della statistica. Questa deve essere esatta, e i casi si devono raccogliere diligentemente e con rigore ed analizzarli criticamente. In nessun altro modo possiamo difenderci dalle idee dei sanguinarj, dalle generalizzazioni basate su dati imperfetti, dalle asserzioni e dagli assunti fondati sulla memoria della riuscita e sulla dimenticanza della non riusita.

La grande obbiezione che si fa alle statistiche mediche, è il numero limitato dei fatti dai quali si tirano le conclusioni. Si vuole che nessun osservatore sia capace di raccogliere un sufficiente numero di casi da poterne derivare informazioni esatte. Il Dr. Barclay in un'opera intitolata « Medical Errors », tentò recentemente di sostenere quest' idea mediante una formola algebrica, arrivando alla conclusione che, se esistono circostanze variabili rispetto al numero 15 in ogni data malattia, non ci vogliono meno di 32,000 casi per incontrarci in due esattamente simili. Dice che queste circostanze variabili, differenze di tempo, di plaga, di età e simili, sono di ostacolo insorpassabile ad ottenere somiglianza di casi. Ma si può domandare, questa esattezza è sempre specialmente necessaria? Perchè se è così, si potrebbe ragionevolmente argomentare che dobbiamo evitare di paragonare casi di diversi paesi non solo, ma di case diverse, ed anche di letti. Il modo di argomentare del Dr. Barclay si può applicare all' evenienza di incontrarsi colla stessa combinazione di numeri gettando i dadi, ma è completamente inapplicabile e fuori di posto rispetto ai casi medici. Louis (1) osservò benissimo, che una volta ben descritta la foglia di un albero, la si può sempre riconoscere; or non è necessario di paragonare un albero con un altro per trovare che ciascuna foglia sia identica di forma e di dimensione. È così delle malattie; i caratteri essenziali permettono di riconoscerle e così paragonarle l'una coll'altra in modo da poter formare delle leggi generali, confermate poi dall' esperienza quotidiana.

---

(1) Vedine la bella Memoria sul metodo numerico, nel primo volume delle *Mémoires de la Soc. Médic. d'Observation*, pag. 38.

Il Dr. Barclay dichiara che il tentativo fatto or non è molto, per ottenere un grosso numero di casi di polmonite, coll'ajuto dell'Associazione Medica Britannica, non può riuscire di alcun vantaggio; perchè, fra le altre ragioni, « la polmonite acuta è precisamente una di quelle malattie nella quale un certo numero di individui muojono in onta ad ogni metodo di cura conosciuto, mentre un certo altro numero guariscono abbandonati completamente a loro stessi ». Gli assunti contenuti in questa sola sentenza sono un esempio eccellente di ragionamento slegato, e della necessità di quella conoscenza statistica che l'Autore condanna. Che autorizza Barclay a dire che un certo numero di polmoniti muojano in onta ad ogni metodo di cura conosciuto? È un' asserzione gratuita e che domanda la soluzione della questione. L' esattezza di essa è infirmata dal fatto che 105 casi consecutivi di polmonite iniziale e non complicata guarirono tutti con una cura ristorante. E invece di opporsi all' uso della statistica fra i membri dell'Associazione medica britannica, non dovrebbe egli, secondo il suo argomentare, insistere perchè questi membri assecondino i miei tentativi? Poichè, secondo i suoi calcoli, se abbisognano 32,000 casi, essendo 2500 i membri dell'Associazione, dato che ciascuno di essi ne fornisca solamente 13 invece dei 129 dati da me, il problema sarebbe sciolto, sempre secondo lui. Io credo però, che 100 casi consecutivi *bene raccolti*, in certi esempj anche la metà numero, siano ampiamente sufficienti a provare il valore di qualunque rimedio terapeutico.

Il Dr. Barclay dopo aver indicata la necessità della massima somiglianza nei casi da paragonare, e dopo aver ammesso pienamente la convenienza di non « mescolare le diverse esperienze e i casi di pratici diversi », parla del lavoro del Dr. Sibson il quale raccolse statistiche di polmoniti da varie fonti, e le pubblicò in tavole divise in due colonne intitolate: Metodo del salasso, Metodo del non salasso. Barclay dice: « Quantunque il Dr. Sibson derivi diverse conclusioni da una stretta analisi di tutto quanto ammette, non somma le figure, ch'egli dà in totale ». Ciò che Sibson quale buon statistico non fece, conoscendo benissimo l' assurdità di sommare insieme casi che, salassati o no, sono d' altronde completamente

diversi per riguardo alla cura, questo fece Barclay con tali risultati: « In 1750 pazienti, curati con salasso abbondante o ripetuto, la mortalità fu di 18.5 per cento. In circa 1000 curati con pochi e piccoli salassi fu di 13.5 per cento. Prese assieme queste due serie, i casi nei quali il salasso era elemento di cura, diedero una media di 164 morti su 1000; mentre 10,000 casi curati quasi senza salasso, diedero una mortalità media di 203 su 1000 ». Donde si conclude che il salasso nella polmonite non dà che 164 morti per 1000, mentre il non salassare aumenta la mortalità a 203 per 1000. E così Barclay all' intento di mostrare la fallacia delle statistiche mediche, viola le regole ch' egli stesso ammette necessarie, e poi arriva a una conclusione assurda a giustificazione del suo argomento.

Questo modo di ragionare quantunque comunissimo, è affatto fallace, e condusse l'autore dei Medical Errors ad una delle più erronee conclusioni cui si sia mai giunti in questi tempi. Ciò che tosto si ammetterà osservando, che fra i casi ch' egli mette insieme quali curati col metodo del non salassare, il trattamento per altro lato era tutt' affatto diverso. Alcuni furono curati cogli antimoniali a larghe dosi, altri col calomelano, coll' opio, colla digitale, col cloroformio, coi tonici metallici, colla dieta assoluta, coi ristoranti. Innanzi tutto, della sua lista di casi non salassati, più di metà furono tolti dai rendiconti generali di ospedali comprendendo molti casi di entrati moribondi, onde la mortalità in questa classe è ingente. Mettendo assieme questi materiali incongrui, ne risulta che la mortalità sembra minore nei casi salassati. Una tale statistica applicata a determinare il valore del salasso o meno nella polmonite, non può che indurre in errore; non si può tirare nessuna buona conclusione da una serie di casi alcuni salassati altri no, con una mortalità influensata da altri rimedj e da altro modo di cura. Invece di far vedere con questo esempio la fallacia della statistica medica, il Dr. Barclay dimostra l'errore che ne risulta applicandola male.

Il Dr. Barclay oppone alle mie statistiche « ch' egli è impossibile trovare una circostanza qualunque *invariabilmente* presente od assente nella serie di guarigioni o di morti che in

minimo grado spieghi l'uno o l'altro degli esiti ». (1) Egli dice prima — Probabilmente tutti ebbero nutrienti, pei quali io suppongo brodo, latte, ecc., insomma del *cibo*. Ma il fatto è accennato per alcuni e non per altri. — È certo che il Dr. Barclay non osservò un passo che si riferisce alla tavola, pagina 622, nel quale dico cosa io intendo per nutriente, e che, quantunque non indicati in questo modo speciale furono somministrati in tutti i casi. Questo è il fatto costante ch'egli cerca e che spiega nell'opinion mia il largo numero di guarigioni, come esposi distesamente nella risposta all'obbiezione prima. Io credo che la riuscita si debba a questo, poichè i diversi rimedj adoperati o furono innocenti o palliativi, oppure, come quando si ricorse ai deprimenti ed alla dieta assoluta, diminuendo le forze, ritardavano la guarigione. Le morti come vedemmo, non furono causate dalla polmonite, ma da fatali complicazioni in altri organi.

Tanto Barclay che Markham fanno delle osservazioni ad alcune riserve che feci nella mia statistica. — Perchè, dicon essi, certi casi parzialmente trattati da un collega sono rifiutati, mentre si comprende un caso salassato, con vescicanti, e purgato prima dell'accettazione? A ciò rispondo, ch' io non poteva coscienziosamente comprendere nella mia serie esempj di polmonite nei quali il metodo da me difeso, o non era stato provato od era stato annullato. Per esempio: Nell'assumere il servizio della clinica, trovo un malato sfinito ch'era stato curato antiflogisticamente e largamente salassato da un collega. Dopo muore nel mio servizio, e presente all' esame cadaverico verifico trattarsi di un caso di polmonite semplice, fatale nelle mie mani. Certo che il Dr. Barclay non vorrà sostenere esser questo una bella illustrazione degli effetti della mia pratica. Ancora: Si accetta un caso in mia cura e va procedendo bene, ma nel consegnare le sale ad un collega, quel caso viene curato con calomelano ed opio, e ne segue una convalescenza prolungata. Di questo io non ho alcuna responsabilità e non posso considerarlo un caso trattato da me. Ma quando entrano in

(1) Brit. Med. Journ., nov. 11, 1865.

mia cura individui mal ridotti dal salasso, dal purgante o dai mercuriali, e migliorano e guariscono coi ristoranti, allora io li considero come legittimamente appartenenti alla mia serie. Certo che alcuno dirà che la causa della guarigione bisogna cercarla nell'antecedente trattamento deprimente — opinione che può solo essere confermata od annullata collo studiare altri casi, e moltiplicando le osservazioni.

Vuolsi però che i casi siano diligentemente osservati e raccolti in modo uniforme dai medici addetti ad ospedali. Credo che riguardo al trattamento, i fatti indicati nelle schede distribuite ai membri della British Association sono più che sufficienti e facilmente annotati. Sono precisamente lo stesso di quelle nelle quali notai i miei casi. Se altri volesse seguire il medesimo piano, si potrebbero istituire dei confronti, e si allontanerebbe ogni fonte di errore.

Non posso a meno di pensare che il piccolo incomodo che si richiede e la generale freddezza per tali cose da parte di individui già sopraccarichi di occupazioni, siano le vere cause che fecero riuscir vano il tentativo del 1863. Soli 15 membri della British Medical Association mi ritornarono le schede, con 45 casi di polmonite. Alcuni altresì erano in dubbio se dovevano registrare solo i casi di pura polmonite non complicati da pleurisia, da bronchite, e da altra malattia. È raro che una polmonite sia indipendente da qualche affezione di bronchi o di pleura; ma se questa è lieve, non altera per nessun modo il risultato. Se al contrario è intensa in modo che la polmonite è seconda in importanza, si accenni questo fatto nell'apposita colonna e si eviterà ogni errore.

Spero ancora che le idee contenute in queste pagine possano avere la sanzione di un largo numero di fatti, onde definire una volta cotanto argomento di medicina pratica. Spero che ricerche simili possano condurre a risultati attendibili in altre malattie; così la pratica dell'arte nostra si avvicinerà sempre più all'uniformità. Bisogna ammettere che l'asserzione e l'opinione sole non bastano a definire una quistione qualunque di medicina pratica. Non dobbiamo discutere ciò che crediamo o pensiamo, nè sul come sia, o come possa o debba essere, ma su quello che *è*; ritengo che non vi si può

giungere se non per via di osservazioni diligenti, raccogliendone i risultati in tavole. Prima otteniamo i fatti, poi impareremo a leggerli. « Non mi sta — dice il Dr. Barclay — di fare alcuna opposizione ad un lodevole sforzo, non ostante la mia convinzione che ciò sia lavoro gettato ». Ora, nessuno sforzo lodevole può esser mai fatica gettata; che cosa può essere più degno di riguardo per noi, del desiderio di stabilire su solide basi, opposti e perplessi dati in medicina pratica? Ammessa la difficoltà e la facilità di sbagliare, è certo che uno sforzo unito deve far molto. Le difficoltà si potranno allora sorpassare, gli errori si correggeranno, quando i medici addetti agli ospedali occuperanno i loro assistenti a raccogliere i casi in tavole uniformi. Sono fermamente convinto che in tal modo la cura della polmonite può essere stabilita su basi tanto sicure quanto lo è la profilassi dal vajuolo mediante la vaccinazione. Non domandansi che i risultati in tavole; e se ogni membro della professione mi vorrà ajutare in questo tentativo, mi farò un dovere di fornirgli delle schede stampate, dove con pochissimo incomodo potrà contribuire non poco al desiderato scopo. Nello stesso tempo, confido che i medici non si lasceranno indurre a diffidar troppo delle statistiche mediche; ammettendo la facilità di sbagliare, si faccia uno sforzo supremo, e con una vasta esperienza le si pongano su tali basi che l'arte del guarire possa per esse progredire. (*La fine al prossimo fascicolo*).

Circolare ai signori Prefetti del Regno intorno alla medaglia ai benemeriti della pubblica salute.

Firenze, 29 Agosto 1867.

Per manifestare in solenne guisa le riconoscenza e l'ammirazione del paese a coloro che con carità, abnegazione e coraggio si adoperarono a sollievo delle popolazioni travagliate dal cholera, fu ieri istituita da S. M. un' apposita medaglia.

Importando ora dare sollecito eseguimento al relativo R. decreto, reputo sia utile che tutte le prefetture nel contribuire a

tale scopo osservino eguaglianza di metodo nelle proposte, e di norme nell'applicare le disposizioni sovrane; cosicchè ad eguali meriti possa corrispondere premio eguale, e più agevole riesca al Ministero non solo di provvedere ma di decidere sulle proposte che in tanta differenza di luoghi, di azioni e di persone saranno trasmesse.

A tal fine dichiaro che della medaglia possano essere insignite anche le donne le quali, benchè mosse da naturale istinto di pietà a confortare la sventura, non hanno meno degli uomini ragione per aspirare ad una ricompensa: fu anzi non ultimo fra i motivi che consigliarono l'emanazione del suddetto R. decreto quello di premiare anch'esse e le persone di umile condizione, cui non poteva darsi una decorazione cavalleresca. Dichiaro inoltre che la medaglia non può essere distribuita per fatti anteriori al gennajo 1867, essendo che negli anni trascorsi il terribile morbo non giunse ad avere intensità e diffusione come nel corrente, e le belle azioni cui diede origine vennero già in altra maniera rimunerate.

Dovrei ora dire quale esser debba la benemerenza corrispondente a ciascuna delle tre classi di medaglie, ma non sarebbe prudente nè forse possibile il farlo. Converrà quindi che a ciò abbiasi grandissimo riguardo nelle proposte e che spiegazione sia data d'ogni differenza, tanto più particolareggiatamente quanto più elevata sarà la classe della medaglia. Che se non possono essere determinate norme immutabili, non è però difficile giudicare in ogni singolo caso giovandosi dei confronti e delle speciali condizioni di ciascun fatto. Così ad una classe maggiore può dar diritto lo stesso fatto più volte ripetuto, la maggiore o minore sua spontaneità, il maggiore o minor grado di abnegazione necessario per compierlo. Così per la medaglia d'oro, può dirsi, parlando generalmente, non basterà il solo pericolo, ma converrà che questo siasi corso più volte, e che la carità del prossimo più che il debito dell'ufficio o della professione ne sia stata la principale cagione. Certo anche il pubblico funzionario, il medico, l'infermiere possono aver dato tale esempio di sagrificio da meritare la maggiore delle ricompense, ed il Governo la concederà; ma sarà giusto valutar, prima di tutto, quanto incombeva loro di fare.

Non potrebbesi dire di più per classificare i meriti da premiare: il giudizio del pubblico che intende ed ama il bene del paese come il proprio sarà quasi sempre la miglior norma nelle proposte: i testimoni quotidiani dei coraggiosi e dei caritatevoli concittadini sanno essi meglio d'ogni altro quale valore debba attribuirsi al coraggio e alla carità di ciascuno, e la loro testimonianza deve tenersi in gran conto. Perocchè ogni azione umana ha speciali circostanze che i lontani più difficilmente dei vicini possono conoscere od apprezzare; e chi le disconoscesse o le ignorasse potrebbe, badando all'apparenza identica dei fatti, cadere in errore giudicandoli egualmente. Ove tutti furono coraggiosi e pii, ove le popolazioni prestaronsi docili ai consigli ed alle cure, non è grave certamente il peso del sagrifizio: ove i più fuggirono, ove ai benefattori minacciavasi la vita e le sostanze, può esser degno di ricompensa anche il solo adempimento preciso del proprio dovere. La molta o poca intensità del male, l'abbondanza o la scarsità dei mezzi con cui alleviare i pericoli e i patimenti, possono pure essere cause di differenze: ma non tutte le cause potrebbero ora determinarsi od anche solo indicarsi. Conseguentemente le circostanze d'ufficio, di persona, di tempo, di luogo, di ajuti, saranno fra i principali criterii delle proposte; quindi si avrà considerazione al giudizio delle popolazioni, quando non sia di quelle cui la ignoranza o la malevolenza fece temere nella indomabile malattia l'opera dell'uomo. Perciò di tutte queste circostanze e considerazioni dovrà tenersi ricordo negli atti relativi.

Tali norme codesta prefettura porrà dinanzi alle Commissioni che in ogni circondario giusta l'articolo 4.° del R. decreto vennero istituite, manifestando però alle medesime che il Governo lascia loro amplissima libertà di giudizii e di proposte.

Ed in eseguimento dell'articolo ora citato codesta prefettura, appena ricevuta la presente:

1.° Darà notizia ai funzionari e magistrati nominati nell'articolo medesimo dell'incarico loro commesso da S. M. e spedirà a ciascun di essi un esemplare del R. decreto;

2.° Avvertirà i presidenti dei tribunali civili e correzionali ed i procuratori del Re che essi nei capoluoghi di sottoprefet-

tura compresi nella giurisdizione, ma fuori della sede del loro tribunale, possono delegare le proprie attribuzioni ad altro funzionario giudiziario colà residente;

3.° Indicherà al Ministero la persona che dovrà avere l'ufficio di segretario della Commissione, scegliendola, quando si possa, fra gli impiegati in disponibilità o fra pensionati di grado non minore a quello di segretario, oppure fra i cittadini più noti per amore del pubblico bene: il Ministero invierà a ciascun d'essi un atto di delegazione;

4.° Inviterà tutti i sindaci dei comuni nei quali abbia fatto vittime il cholera, a convocare la Giunta municipale e sottoporre alla deliberazione della medesima i nomi di coloro che giusta l'articolo 1.° del Regio decreto sarebbero degni di ricompensa; avvertendo i sindaci, che per ogni premiando occorrerà una deliberazione speciale od un estratto speciale delle deliberazioni relative, e che nelle deliberazioni dovrà essere:

a) Indicato il nome, cognome, l'età, la professione, lo stato di famiglia del premiando;

b) Descritta ogni azione da lui compiuta durante il morbo, la quale si ravvisi degna di lode;

c) Accennata ogni circostanza che possa aumentare o diminuire il pregio dell'azione generosa;

d) Proposta la ricompensa;

e) Allegato ogni documento, dichiarazione o testimonianza che alla Giunta municipale sembri opportuna alle decisioni successive;

5.° Inviterà i sindaci a spedire queste deliberazioni nel termine più breve che sarà possibile alla Commissione istituita nei rispettivi circondari;

6.° Radunerà nel capoluogo della provincia e farà radunare nei capoluoghi di circondario, non appena sarà raccolto buon numero delle deliberazioni delle Giunte, le Commissioni esaminatrici;

7.° Curerà che le deliberazioni delle Commissioni siano scritte in conformità dell'esemplare qui allegato;

8.° Trasmetterà finalmente al Ministero ogni quindici giorni le deliberazioni delle Commissioni esaminatrici annettendovi quelle delle Giunte municipali e quegli altri documenti che si fossero dopo raccolti.

Spero che seguendo quest'ordine si potrà facilmente ed esattamente procedere e che non sarà ritardato più di quanto sarà necessario il premio a coloro i quali in tanta sventura porsero nobile esempio di carità cittadina.

Pel Ministro: *Monzani.*

La medicina all' Esposizione universale di Parigi; *Lettera agli egregi Redattori della Gazzetta Medica Italiana, provincie venete.*

Parigi, 17 Agosto.

Questa benedetta città par fatta a posta per non lasciar tempo di attendere a nulla, tanto la ti occupa tutto il giorno, volere o non volere, e la ti manda la sera a casa così stanco ed affaticato da non vagheggiare che il letto fino al domani. Aggiungete ora quella piccola appendice della Esposizione, aggiungete in questi due giorni passati l' altra delle feste pell' onomastico dell' Imperatore, e poi ditemi con che cuore potrete proverbiarmi per avere tanto tardato ad inviarvi, non una relazione, che tale non oserei chiamarla, ma alcune note sugli oggetti che più possono interessarci come medici. E, abbiatevelo per detto e ricordato, da questa cerchia della medicina non esco, pena la vita; poichè l' avventurarsi un dito, una linea sola al di là, mi caccierebbe nel *gurgite vasto,* dal quale ritornerei con molte più cose in mente, ma con molta più difficoltà di raccapezzarmi le poche attinenti alla medicina. Dunque intendiamoci: medicina e nulla più.

E qui permettetemi ch' io mi congratuli con voi, che la vostra Padova, la vostra Università, s' ebbe i primi onori e la più gran voga nella medica Esposizione. Egli è perciò che ben di buon grado prendo le mosse dalla anatomia, che fu appunto il campo de' vostri successi.

Anatomia. — L' anatomia non figura che con un piccolo contingente di espositori; ma la qualità fa dimenticare la scarsezza delle cose esposte. Il medico non può a meno di non interessarsi vivamente a tale categoria, la quale comprende pa-

recchi metodi di conservazione, dei quali taluno assolutamente nuovo.

In questa rivista il primo posto adunque si compete incontrastabilmente al professore della vostra Università, dott. Lodovico Brunetti.

I suoi preparati esposti si raccomandano all' attenzione per doppia guisa, cioè pel metodo di conservazione e per alcuni casi importantissimi di anatomia patologica.

Il metodo sembra tuttavia un secreto: dicesi però sia stato comunicato sotto suggello di segretezza ad una triade scientifisa, composta di Liebig, Tardieu e Milne-Edwards. Una delle qualità e diremo anzi dei pregi di cotesti preparati, si è di mantenere alle parti una certa tal quale elasticità, una specie di erettismo permanente, sicchè ramoscelli vascolari, cellule di polmoni, tubuli belliniani, condotti glandulari, restano patenti e nettamente discernibili, come e meglio che se fossero in vita.

Il poter poi agevolmente farne spaccati e sezioni anche minutissime, gioverà per sottoporre questi preparati a qualche ingrandimento, che riveli più intimamente la tessitura degli organi.

Serbati inoltre questi organi nella naturale loro postura e quivi quasi sorpresi e immobilizzati dalla potenza conservatrice, si prestano eziandio egregiamente allo studio dell' anatomia topografica, nella stessa, ma molto più comoda guisa, dell' irrigidimento ottenuto per congelazione.

Sembra che il metodo non sia molto dispendioso, e sollecito così da ridurre con una prima applicazione il pezzo imputrescibile, per poter poi essere preparato con maggior agio e tempo. I pezzi sono inodori e possono essere maneggiati senza troppe cautele.

Tutti i preparati del prof. Brunetti si trovano nella Galleria delle *Arti liberali Italia, a tramontana della rue de Russie.*

Comprendono: 1. Polmoni normali, e via via una serie di casi e di fasi di tubercolósi, da' primi stadii all'ultima distruzione dell' organo.

2. Cuore umano normale (una delle più belle, se non forse la più perfetta delle preparazioni esposte). Casi di ipertrofia e

alcune placente umane. Vizii cardiaci varii, di stenosi, di atrofia, di aneurisma.

3. Reni normali, cistici, calcolosi e con ascessi.

4. Varii tratti del sistema circolatorio prima e dopo la nascita. Inoltre vescica orinaria umana.

5. Articolazione del cubito egregiamente riuscita e mobile, altre del ginocchio, del femore, ecc., con casi di lussazione e di frattura.

6. Trasposizione di visceri toracici e perfino inversione delle stesse cavità del cuore.

7. Fegato e milza normali, nonchè casi di iperemia e di cirrosi de' visceri medesimi.

8. Organi toracici umani normali al rispettivo loro posto. Bellissimo preparato e prezioso per l'insegnamento.

9. Due teste di donne.

10. Alcuni saggi di anatomia comparata, ed altri di anatomia patologica umana, di alterazioni intestinali ulcerose, tifose, dissenteriche, ecc.

Tale è la ricca e svariata collezione che ci venne dalla vostra Università, e per la quale s'ebbe giustamente il Brunetti uno de' grandi premii e le congratulazioni di moltissimi ammiratori, fra cui di talune celebrità.

Lavori commendevolissimi da un tutt'altro punto di vista sono i preparati anatomici del prof. Hyrtl di Vienna. Dissezioni maravigliose delle parti le meno accessibili allo scalpello, quali scheletri di pesci rari, organo interno dell'udito, injezioni finissime del fegato, dei polmoni, de' reni. Finalmente, alcuni preparati microscopici dei capillari, che stanno a paraggio degli altri preparati dell'insigne anatomico.

Sono inoltre da ricordarsi le serie de' cranii di mammiferi e le injezioni di linfatici del prof. Teichmann di Cracovia, nonchè altri preparati di anatomia normale e patologica di Politzer di Vienna, Ruedinger di Monaco, Ziegler di Friburgo, Brissand e Laskowsky di Parigi, Oehl di Pavia.

Non dimenticheremo finalmente i pezzi di anatomia elastica in caoutchouc del dott. Auzoux, nonchè le fotografie micrografiche americane e belghe.

Fisica. — Il compartimento della fisica ci offre a rifascio

microscopii ed ottalmoscopii, il miografion e sfigmografion di Marey, un tonometro per misurare la tensione del globo dell'occhio, nonchè apparati diversi per l'applicazione dell'elettricità. Ricordiamo gli ottalmoscopii di Nachet, l'ottometro di Javal per misurare il grado dell'astigmatismo. Gli ottalmoscopii inglesi (Ross e Beck) si distinguono per la precisione, anzi perfezione: quelli di Berlino (Gundlach) pel buon mercato.

Circa agli apparati elettrici resta sempre in prima linea Ruhmkorff, e quindi Gaiffe, Hardy col suo termoscopio, la nota macchina di Holtz, quella del tutto nuova di Thomsens sotto il nome di *polarisation's batterie*, ma non applicata finora, a quanto so, che alle linee telegrafiche.

Terminiamo col ricordare i finitissimi strumenti di acustica, fabbricati da König, sotto la direzione di Helmholtz per gli esperimenti descritti nel celebre suo trattato: *La percezione de' suoni.*

Chirurgia. — Anche in questa partita l'Italia figura con onore, mercè gli strumenti chirurgici dei fratelli Lollini di Bologna, a lato de' quali, se più curati e meglio esposti, avrebbero potuto figurare quelli del vostro Toffoli di Padova, mentre così passano affatto, o quasi, inosservati. Vengono poi gli strumenti chirurgici di Barbieri e Carrali di Pisa, di Beltrami di Piacenza, nonchè di Baldinelli e Gennari di Milano.

Al proposito dei quali stromenti chirurgici dei fratelli Lollini, non posso esimermi dal riportare un cenno molto opportuno, steso dal vostro compatriotta dott. Antonio Vio-Bonato ed inserito nell'*Abeille Médicale*, giornale, a quanto so, non molto diffuso in Italia.

« La fabbrica degli stromenti chirurgici acquistò in Francia, in Inghilterra tanta estensione e tanto credito sui mercati del mondo intero, che si ha preso agevolmente l'abitudine di considerarla quasi monopolio esclusivo di quelle due grandi nazioni, riguardando siccome nulle od accessorie le produzioni analoghe degli altri paesi ».

« Il giurì delle ricompense, che ha il dovere di emanciparsi dalla influenza di tali giudizii, è stato più illuminato e più giusto. Riconobbe che aveanvi parziali sforzi da incoraggiare, progressi da segnalare, opere infine degne della sua alta distinzione ».

« Questa frazione della Esposizioae italiana sembra essere stata più specialmente l' oggetto della sua attenzione, e percorrendo la lista delle ricompense, abbiamo verificato con viva soddisfazione che la equità della Commissione oltrepassò le speranze del nostro patriottismo, al quale si vorrà perdonare un pò di parzialità e di indulgenza ».

« Noi siamo lieti che un *verdetto* così solenne abbia potuto far conto a tutti, che malgrado i suoi sconvolgimenti politici, malgrado le crisi inevitabili del grande movimento che l' ha trasformata, l' Italia ha potuto figurare, così nell'industria come nelle arti e nelle scienze, fra le nazioni le più avanzate in civiltà ».

« Non possiamo quivi entrare in particolari, ma non sapremmo dispensarci dal richiamare l'attenzione pubblica sulla esposizione dei fratelli Lollini di Bologna, poichè essa riassume perfettamente, a nostro avviso, il carattere della fabbrica italiana, e a questo titolo offre un' attrattiva particolare a coloro che si interessano delle differenze del genio nazionale perfino nelle sue gradazioni meno spiccate ».

« Esaminando, infatti, gli stromenti imaginati dai dott. Rizzoli, Belluzzi, Malagodi, ecc., si rileva che vive ancora in essi la tradizione dei Morgagni, dei Valsalva, dei Scarpa, ecc., mentre la eleganza e la semplicità della costruzione ricorda che l' Italia fu sempre una grande scuola dell' arte e del gusto ».

« Fra i molti prodotti, esposti dai fratelli Lollini, distinguesi un nuovo modello di forcipe sfenotribo, che serve a rendere più sicura e meno pericolosa la terribile operazione alla quale è destinato. Noi ne daremo un' idea sufficiente, dicendo che il suo meccanismo ricorda lontanamente gli stromenti, coi quali Civiale praticava le sue prime operazioni di litotrizia ».

« Havvi ancora una serie molto interessante di stromenti ostetrici degna di particolare menzione, inventati dal prof. Rizzoli di Bologna; cefalotribo, forcipe, forcipi cranioclasti, craniotomo, tira-piede, tira-testa, ecc., tutto l' arsenale in una parola dell' ostetricia. Inoltre osservasi dello stesso professore un tracheotomo, il quale sopprime il tempo più difficile della operazione, semplificando in pari tempo l' apparecchio stromentale col rendere inutile l'impiego del dilatatore; un percussore curvo, applicabile nei casi di litotrizia ».

« Fanno bella mostra infine una molto ingegnosa modificazione del compasso di Baudelocque, del dott. Belluzzi di Bologna, delle leve ostetriche del prof. Fabbri, pure di Bologna, degli stromenti di litotrizia del prof. Malagodi, lo speculum del prof. Corradi di Firenze per la operazione delle fistole vescico-vaginali, ecc. ».

« Aggiungiamo che i fratelli Lollini, di Bologna, furono onorati della medaglia d'oro ».

Liberi dalla gara degli strumenti inglesi (i quali, si ignora il perchè, mancano del tutto all'Esposizione) i francesi con Charrière e Mathieu hanno inondato vittoriosamente i compartimenti. Descriverli o anche soltanto enumerarli sarebbe ardua e nello stesso tempo nojosa cosa: è innegabile che brillano per la novità e la eleganza.

Altro nome e altra provenienza italiana, benchè si possa dire naturalizzato francese, si è il napoletano Galante, il quale con una numerosissima e sceltissima esposizione di oggetti in caoutchouc vulcanizzato, ha veramente dimostrato a quante svariate applicazioni si presti cotesto trovato, e come possa sostituirsi a prodotti e sostanze di prezzo molto più elevato.

In analoghe produzioni e per eguale e forse maggior buon mercato sono a ricordarsi i prodotti, egualmente in caoutchouc solidificato, di Leiter di Vienna. Figuratevi che una sciringa di Pravaz che costa da' 20 a' 25 fr., si vende da 7 ad 8. Così ricordiamo i modelli e gli apparati ortopedici dell'Istituto di Nuova-York, gli apparati di Pischel, prussiano, per la galvanocaustica, gli occhi artificiali di Boissoneau e i denti della fabbrica di S. White di Filadelfia, che sono incontrastabilmente superiori a tutti, compresi gli inglesi, che non raggiunsero mai quella pellucidità, quella semi-trasparenza degli americani.

La chirurgia militare si presenta all'Esposizione internazionale del Parco in modo imponente. La guerra americana vi portò il maggior contingente, e le Società internazionali di soccorso pe' feriti in guerra hanno posto in mostra tutto il loro dovizioso e filantropico arsenale. Qui non possiamo propriamente che enumerare di volo gli oggetti di servizio sanitario di campagna, cioè quelli che servono a raccogliere, trasportare, adagiare e curare i feriti. Quindi trasporto, sia sulle ferrovie,

sia sui bastimenti, sia su vetture speciali, sia su barelle a ruote, sia a dorso di mulo, sia a mano. Inoltre tende, letti da campo, stoffe impermeabili, cuscini ad aria, utensili per la fabricazione del ghiaccio, apparecchi di riscaldamento, apparecchi idroterapici e a vapore, ecc. Aggiungi tavoli da operazione co'loro accessorii, astucci di strumenti, piante medicinali compresse, membri artificiali, stampelle d'ogni foggia e misura, bisaccie, sacchi pegli infermieri, carri d'ambulanza pel trasporto del materiale. Citiamo finalmente libri, disegni, fotografie, esposte sia sotto forma di biblioteca di operette, sia per rappresentare il servigio di coloro che si occupano nel prestare volontariamente l'opera loro a feriti, e i mezzi dei quali possono disporre.

L'Italia non manca neppure a questa appendice, o come la chiamerei, episodio dell'Esposizione, che è appunto fornita in parte dal Ministero della guerra, in parte, ed anzi per la massima parte, dal Comitato di Soccorso pe' feriti, di Firenze e di Milano, nonchè da qualche privato. V'ha la bibliografia composta de' recenti lavori di Cortese, Quagliotti, Commissetti, Baroffio, Bonaventura, Giudice ed altri; del resoconto de' Comitati di Firenze e di Milano; di un dizionario per l'infermiere volontario in tempo di guerra, in lingua italiana, francese e tedesca. Oltre e ciò una serie di basti, di letti, di bisaccie, di barelle, di lettighe, di brande, di vetture, di cui abbiamo già accennato più sopra.

Igiene. — L'igiene, la ginnastica, la farmacologia sono, come di ragione, non indegnamente rappresentate nel palazzo dell'Esposizione. Funzionano ivi gli apparati idroterapici di Georges Charles e di Muller che si raccomandano siccome semplici, solidi e taluno ingegnosissimo. Gli apparati ginnastici, sia nelle loro naturali dimensioni, sia in modelli di proporzioni ridotte, non sono nè molto varii, nè gran fatto nuovi. Rispetto poi alla farmacologia, io non saprei come addentrarmi in questa selva di prodotti chimici, se non limitandomi a notare due magnifiche raccolte di corteccia di china e di varietà di oppio e suoi derivati, fra quali a me suonarono nuovi, non so a voi, un'alcaloide, la *criptopina* e l'acido *tebolattico*. Oltre a ciò è a notarsi una lunga e svariata serie di olii di pesce. Non vi parlo

poi della infinità di sostanze alimentari conservate fresche, non chè estratti di carne, polvere di latte, di uova, ecc., quali si ammirano nella sezione inglese e americana, perchè sarebbe da non finirla mai più.

Precipuo argomento igienico è senza dubbio la ventilazione, e qui ne abbiamo una grande applicazione nella ventilazione del palazzo medesimo dell'Esposizione. Tale ventilazione viene mantenuta da una grande galleria sotterranea circolare con sedici sotterrenei, convergenti dalla periferia al centro e comunicanti a mezzo di una infinità di pertugi colla cinta del palazzo. L'aria è non solo mossa continuamente da una potente locomobile a vapore, ma viene eziandio con un polverizzatore d'acqua, saturata di quella quantità di umidore, che si addice ad un ambiente più salutare.

L'igiene deve non solo e non tanto co' suoi perfezionamenti rendere più agiata e salubre la dimora del ricco, ma deve inoltre e più preoccuparsi dell'abitazione del povero. Tale questione delle case operaje a buon mercato, fu studiata dal lato economico, politico e industriale, ma deve esserlo altrettanto dal lato igienico. L'aereazione a mezzo di tubi nelle pareti, i pavimenti di tavole, il riscaldamento ottenuto col combustibile necessario a cuocere gli alimenti per una famiglia di sei individui, la soppressione di granajo o soffitta, che di solito diventano immondezzai permanenti e nidi di insetti e di schifosi animali, la disposizione delle stanze la più opportuna, ecco gli avvedimenti igienici applicati a tali fabbricati. I quali vengono a costare da 1800 fino a 5000 fr. a seconda che sono o meno provveduti di un tratto di terreno ad uso di ortaglia. V'è già noto siccome l'operajo con una piccola aggiunta al prezzo di affitto, aggiunta non gravosa neppure al meschino bilancio di un artiere, può diventare in una ventina d'anni proprietario della casa medesima. Alle case della popolazione sana e laboriosa stanno presso le case pegli alienati; un modello delle quali si ammira nel parco austriaco, ed è dovuto all'alienista dott. Mundy di Moravia, il quale lo ha eziandio corredato di più vasti piani e di altri progetti.

La serie di lettere che voi vi attendevate da me sull'Esposizione, temo si riassumerà in quest'una sintetica, comprensiva,

epilogare, con tutto ciò di più estrattivo e di più concentrato potevate mai imaginare. D'altra parte ritenete che le minuziose descrizioni, per quanto esatte, non valgono un'occhiata sul luogo; e io sarei stato ben lieto di avervi qui e servirvi di guida e vedervi ritornare a Padova onusti di appunti e di annotazioni per la vostra Gazzetta. Comprendo però e apprezzo altamente i motivi pe' quali non volete abbandonare il vostro paese sotto la minaccia di una invasione epidemica. Ad ogni modo, forse che alla mia troppo sommaria enumerazione, sopperirà in qualche parte il giornale che qui si pubblica col titolo l'*Italia alla Esposizione Universale di Parigi*, e che dal primo fascicolo promette molto e, lasciatemelo dire, troppo bene di sè. Lodo, commendo e approvo la diligenza, la venustà, la finitezza, il lusso di questo primo fascicolo, ma ahimè! tutto ciò non lo compenserà di giungere tardo e di tardamente procedere; sicchè l'Esposizione, temo, si chiuderà e la pubblicazione non sarà ancora a mezzo. Rimarrà, si dice, rimarrà documento e monumento di quanto l'Italia, appena risorta, potè presentare ad un'Esposizione mondiale. Ma di quanto non sarà allora scemato il numero dei lettori e la voga del giornale? Ma di ciò basti, e voi e i lettori vostri compatitemi per ciò che promisi e non attenni, e per ciò che, non chiamato, sciorinai su quest'ultimo argomento. Addio. (*Gazz. Med. It. Prov. Venete*, N.° 34 del 1867). Vostro aff. *G.*

BIBLIOGRAFIA MEDICO-CHIRURGICA ITALIANA.

ANNALI FRENOPATICI ITALIANI. Giornale del R. Manicomio di Aversa e della Società frenopatica italiana, diretti dal dott. cav. B. G. Miraglia. Vol. IV. Anno IV. Aversa, 1866; 1 vol. in-8.° di pag. 177 con tav.

ANNUARIO STATISTICO o Calendario generale dell'Isola di Sardegna per l'anno 1866. Cagliari, 1867; 1 vol. di pag. 326, con tav.

BARZANÒ *Luigi*. La teoria del dott. Frommhold sulla cura degli aneurismi. Osservazioni critiche. Milano, 1867; op. di pag. 8. (Dalla « Gazz. med. It. Lomb. »).

BERTAZZI *Gallicano*. Analisi dell'acqua salino-termale del Masino in Valtellina, con pratiche osservazioni del prof. cav. Carlo Cotta. Milano, 1864; op. di pag. 32.

Bilanci Consuntivi 1864 e 1865 degli Istituti Ospitalieri di Milano. Milano, 1867; in-4.° gr. di pag. 155.

BORGHETTI *Carlo*. Le acque ferruginose di Pejo nel Tirolo Italiano. Brescia, 1867; op. di pag. 8.

Candido *Antonio*. Delle acque termo-minerali del Balneolo. Napoli, 1867; 1 vol. di pag. 112.

Cantani prof. *Arnaldo*. Istituzioni di materia medica e terapeutica basate specialmente sui recenti progressi della fisiologia e della clinica. Trattato pratico ad uso dei medici esercenti, dei farmacisti e degli studenti. Milano, 1867. In corso di associaz. presso il dott. Francesco Vallardi, tipografo-editore. L'opera consterà di 1 vol. in-8.° massimo di circa 1000 a 1200 pag. Si pubblica per disp. di pag. 48, al prezzo di it. L. 1 ciascuna. — Escite finora disp. 13.

Casella cav. *Giuseppe*. La fonte acidulo-marziale alcalina di Santa Caterina in val Furvia sopra Bormio. Milano, 1867, 1 vol. di pag. 155, con carte geografiche e veduta dello stabilimento.

Castoldi cav. *Ezio*. Relazione del trattamento fatto nel 1866 coi bagni marini in Voltri degli scrofolosi di Milano. Milano, 1867; op. di pag. 31.

Giornale di Elettroterapia, compilato dal dottore *Giuliano Manca*, insegnante libero di elettroterapia nel R. Istituto di studii superiori pratici e di perfezionamento in Firenze. Firenze, 1867. Anno 1.°, si pubblica ogni tre mesi. L'associaz. è obbligatoria per un anno, al prezzo di it. L. 10, e si riceve presso il compilatore, Piazza Pitti, N.° 13.

Girardin. Lezioni di chimica elementare applicata alle arti industriali, recate in italiano dai farmacisti A. Gibertini e C. Asperti. Opera illustrata da 700 figure incise e da molte altre colorate. Parma, 1867. In corso di associazione. L'opera consterà di 4 vol. in 8.° gr. di 600 pag. circa ciascuno divisi in 20 disp. al prezzo di L. 1. 50 per ogni dispensa. Le associazioni si ricevono in Parma presso i traduttori, ed anche alla tipografia Cavour.

Il Regio Istituto Tecnico di Milano. Notizie e Dati raccolti dal Consiglio dei professori per la Esposizione Universale che si terrà in Parigi l'anno 1867. Milano, 1867; 1 vol. di pag. 128 con tav.

Inzani *G*. Compendio d'anatomia descrittiva; 2 vol. di circa 800 pag. in 8.° gr. con atlante di 30 tavole. Parma, 1866-67. Vendibile in Milano presso la Società Editrice degli Annali Universali, in Galleria De Cristoforis, al prezzo di it. L.23. 50.

La Salute. Giornale d'Igiene popolare e di altre cognizioni utili; compilato e diretto dal dott. prof. Giovanni Du Jardin. Anno III. Genova, 1867. Si pubblica in 16 pag. tutte le domeniche. Il prezzo d'assoc. pel Regno d'Italia è di annue L. 5 anticipate. L'associazione comincia col mese di settembre ed è obbligatoria per un anno.

Pétreqin. Dell' uso terapeutico dei lattati alcalini nelle malattie funzionali dell' apparecchio digestivo, 2.ª ediz. con nota supplementare sul lattato doppio di soda e di magnesia. Parigi, 1867; op. di pag. 28.

Peruzzi *Domenico.* Storia di una lussazione traumatica doppia del piede sinistro peroneo-tibio-tarsea all' infuori e medio-tarsea inferiore; cura ed esito; deduzioni nosografiche ed eziologiche. Bologna, 1867; op. di pag. 16 con fig. (Dal « Bollettino delle scienze mediche di Bologna »).

Petrilli *Raffaele.* Rapido cenno sulla clinica oftalmica della R. Univ. di Napoli diretta dal prof. Raffaele Castorani. Napoli, 1867; op. di pag. 23. (Dalla « Riforma Clinica »).

Rapporto sulle misure preventive e preservative del cholera asiatico nella prov. Cremonese, proposte, discusse ed approvate dal Comitato medico Cremonese nella seduta straordinaria del 20 aprile 1867. Cremona, 1867; op. di pag. 24.

Regolamento per le Case di soccorso e di Contumacia ed Istruzione Popolare in tempo del cholera-morbus, con note di un membro della Commissione Municipale di Sanità in Cremona. op. di pag. 72. Cremona, 1867.

Relazione al Senatore conte Cambray-Digny, sindaco di Firenze, sulla scelta di località atta ad una necropoli generale. Firenze, 1867; op. di pag. 8.

Ricordi *Amilcare.* Nuovo apparecchio per le injezioni intrauterine. Milano, 1867; op. di pag 12 con fig. (Dal « Giorn. it. delle malattie veneree e delle mal. della pelle »).

Risiga *Giuseppe.* Caso di medicina operatoria. Ferrara, 1867; op. di pag. 23.

Rivista Farmaceutica Italiana. Questa effemeride, diretta dal cav. dott. *Michele Bancheri*, riprende le sue regolari pubblicazioni, interrotte da un anno e più per questioni insorte fra il proprietario e gli editori. Esce in due dispense mensili, al prezzo di it. L. 10 per un anno ossia per 24 fascicoli. È l' organo ufficiale della associazione generale dei farmacisti italiani. Dirigersi in Genova, Tipografia Sociale, Stradone S. Agostino, N.° 22.

Rizzoli prof. comm. *Francesco.* Della compressione e di altri mezzi chirurgici adoperati nella cura di varii aneurismi esterni nel corso di oltre 30 anni. Bologna, 1867; Memoria di pag. 85. (Dal « Bollettino delle scienze mediche di Bologna »).

Rizzoli prof. comm. *Francesco.* Intorno ad un enorme calcolo vescicale avente per nucleo alcune ossa fetali ed a due mostruosità per inclusione, in cui l' individuo ceppo si potè

porre in condizioni normali. Bologna, 1867; op. di pag. 28 con fig. (Dalle « Memorie dell'Accad. delle scienze dell'Ist. di Bologna »).

RIZZOLI prof. comm. *Francesco*. Uretronisi interna negli otturamenti del canale uretrale. Bologna, 1867; Memoria di pag. 38. (Dal « Bollettino delle scienze mediche di Bologna »).

SANTANERA *Venanzio*. La cura lattea. Torino, 1867; op. di pag. 36.

SONSINO *Prospero*. Di un nuovo metodo di praticare la respirazione artificiale consigliato dal prof. Filippo Pacini. Firenze, 1867; op. di pag. 8. (Dall' « Imparziale »).

TARUFFI prof. *Cesare*. Compendio di anatomia patologica generale, compilato per cura del dott. Cesare Trebbi. Bologna, 1867. In corso di pubblicaz. Vendibile presso Marsigli e Rocchi.

TOMMASI *Corrado*. Il cholera di Palermo nel 1866. Relazione. Palermo, 1867, in fol. di pag. 32 con tav.

VECCHIETTI *Edoardo*. Sulla corea. Bologna, 1867; Memoria di pag. 88. (Dal « Bollettino delle scienze mediche di Bologna »).

		ERRATA	CORRIGE

Fascicolo di Luglio.

		ERRATA	CORRIGE
Pag. 96,	lin. 24	Diagnoei	Diagnosi
» 97	» 23-24	fianco dell'ammalato	fianco destro dell'ammalato
» 105	» 11	nel novembre	nel 1.° novembre
» 116	» 6	della	delle
» 120	» 4	larghe	lunghe

Fascicolo di Agosto.

Pag. 398,	lin. 27 e 28	Morehaed	Morehead
» 399	» 32	Lordshif	Lordship.

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. ROMOLO GRIFFINI.

INDICE

DELLE MATERIE CONTENUTE IN QUESTO VOLUME.

§ 1. Memorie ed Osservazioni originali.

§ 2. Analisi di Opere, Dissertazioni, Atti di Accademie, ecc.

